

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 17 février 1910, à 1 heure

PAR

B. MINVIELLE

Troubles de la Miction dans les Fibromes de l'Utérus

Président : M. POZZI, Professeur.

Juges : { MM. HUTINEL, professeur.
GILBERT BALLET, professeur.
FERNAND BEZANÇON, agrégé.

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

4, rue Casimir-Delavigne et rue Monsieur-le-Prince, 12

PARIS (VI^e)

1910

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. LANDOUZY
Professeurs		MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	{	BRISSAUD
		DEJERINE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		PIERRE MARIE
Histologie		PRENANT
Opérations et appareils		HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	{	HAYEM
		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
Maladies des enfants		HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
Clinique chirurgicale	{	PIERREDELBET
		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements	{	BAR
		RIBEMONT-DES-
		SAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		A. ROBIN
Agrégés en exercice		
MM.		
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY
BEZANÇON FERN.	DUVAL PIERRE	LENORMANT
BRINDEAU	GOSSET	LÉPER
BROCA ANDRÉ	GOUGET	MACAIGNE
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD
CARNOT	JEANSELME	MARION
CASTAIGNE	JOUSSET ANDRÉ	MORESTIN
CLAUDE	LABBÉ MARGEL	MULON
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX
		NOBÉCOURT
		OMBREDANNE
		POTOCKI
		PROUST
		RENON
		RICHAUD
		RIEFFEL
		SICARD
		ZIMMERN

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affection et de respect.

A MES SŒURS

A MES FRÈRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

Témoignage de reconnaissance et de respectueuse sympathie.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

A MONSIEUR LE D^r E. PAPIN

CHEF DE CLINIQUE ADJOINT A L'HOPITAL NECKER

CLINIQUE DES VOIES URINAIRES

*Qui nous inspira ce sujet et qui
nous aida de ses conseils. Nous lui
sommes particulièrement reconnais-
sant pour les deux belles planches
dont il illustra notre travail.*

INTRODUCTION

Quand on étudie la symptomatologie des fibromes de l'utérus, on est frappé de la fréquence et de l'importance des troubles urinaires dans ce genre d'affection. Parfois même, ils constituent la seule symptomatologie, et si nous n'étions pas prévenus comme nous le sommes par les nombreuses observations des auteurs, nous pourrions nous égarer dans notre diagnostic et méconnaître la vraie cause de ces troubles. Cependant si l'on réfléchit aux rapports intimes de la vessie et de l'utérus, on n'est point surpris de voir une masse fibromateuse, souvent énorme, et presque toujours dure, exercer une influence aussi fâcheuse sur le réservoir urinaire.

Ces deux organes se trouvent, en effet, au fond de l'excavation pelvienne, entourés par une ceinture osseuse, par conséquent inextensible; l'un, espèce de sac élastique que l'urine distend, jouit d'une certaine mobilité; l'autre, en-

vahi par une tumeur de consistance très ferme, voit son volume sans cesse augmenter, menaçant d'occuper l'excavation tout entière. Obéissant à une loi toute naturelle, la vessie, moins résistante, fuit devant l'envahisseur. Si la masse fibreuse n'est pas trop volumineuse, si elle reste stationnaire, la vessie s'accommodera sans trop de réaction à l'espace laissé libre; mais si elle prend des proportions considérables, le réservoir urinaire, se trouvant à l'étroit, accuse de la compression par des signes spéciaux dont l'étude fera l'objet de ce travail.

Parfois cependant, par un mouvement ascensionnel, la vessie échappera à la compression; c'est alors sur l'urèthre qui, lui, est immobilisé, que viendra appuyer la tumeur. Peu importe au point de vue symptômes que la compression se fasse sur la vessie ou sur l'urèthre, puisque le tableau clinique ne change pas; aussi la plupart des auteurs, qui ont étudié les troubles de la miction chez les fibromateuses, ont-ils rangé tous ces phénomènes sous le même titre, *symptômes uréthro-vésicaux*.

Nous ne ferons ici que les énumérer, nous proposant d'y revenir plus longuement dans les chapitres suivants.

Ce sont, pour commencer par les plus communs: des mictions douloureuses et devenues fréquentes; de la dysurie, ou difficulté à uriner, pouvant parfois atteindre une très grande intensité; la malade est obligée de pousser, et ce n'est qu'au prix des plus pénibles efforts qu'elle parvient à expulser quelques gouttes; d'autres fois, au contraire, la malade perd trop facilement ses urines: le moindre mouvement, le moindre effort sont la cause d'une miction involontaire, c'est l'incontinence avec tous ses degrés;

la rétention, soit complète, soit incomplète, est peut-être le trouble le plus fréquent et le plus grave des fibromes; c'est, dans tous les cas, le plus tapageur, celui qui impressionne le plus les malades.

Plus rares sont les hématuries dont on connaît cependant plusieurs observations. La cystite n'est pas non plus bien fréquente; nous la rencontrons, tantôt avec ses traits habituels et bien caractéristiques, tantôt sous une physiologie toute spéciale, bien décrite par M. le professeur Guyen sous le nom de cystite membraneuse. Cet auteur, dans l'étude que nous avons lue de lui, en signale la fréquence relative chez les femmes enceintes; nous ne savons pas s'il l'a observée chez les fibromateuses. Vénot, dans son rapport, en cite trois cas. La perforation de la vessie, à la suite d'une compression localisée, est évidemment exceptionnelle; nous en rapportons cependant deux cas: l'un de Demarquay et l'autre de Lisfranc.

L'influence désastreuse des fibromes peut s'étendre à l'appareil urinaire tout entier. C'est l'uretère qu'il atteindra d'abord et, par son intermédiaire, le rein. Le plus souvent, un seul uretère sera lésé; il n'est pas rare toutefois d'observer la compression des deux conduits urétéraux; mais la compression c'est la distension, et la distension c'est l'infection à bref délai. On voit quel sera l'enchaînement fatal, hydronéphrose, si l'infection n'est pas encore apparue, pyélo-néphrite, pyonéphrose, destruction rénale et mort par urémie si les deux reins sont pris: tel est l'aboutissant final de ces infections ascendantes.

Nous n'avons esquissé qu'à grands traits, et pour en donner seulement une vue générale, les complications uri-

naires au cours des fibromes. Laissant maintenant de côté les complications URETÉRO-RÉNALES, nous allons consacrer les chapitres suivants à l'étude des TROUBLES DE LA MICTION DANS LES FIBROMES DE L'UTÉRUS.

CHAPITRE I

Considérations anatomo-pathologiques

Au début de cette étude, pour mieux comprendre le mécanisme des troubles urinaires, il nous paraît utile de rappeler quelques notions d'anatomie normale; nous chercherons ensuite dans l'anatomie pathologique des fibromes l'explication de ces troubles.

La vessie est située dans l'excavation pelvienne, immédiatement en arrière du pubis, qu'elle ne dépasse pas, en haut, du moins à l'état de vacuité. Le péritoine passe directement de la face postérieure de la paroi abdominale sur le sommet de la vessie et de là sur sa face postérieure. Lorsque la vessie se dilate, on voit la partie supérieure de la vessie s'arrondir en forme de dôme, et, sous la pression du liquide, la paroi postérieure, s'allonger. C'est donc aux dépens de la paroi postérieure et supérieure que se fait l'accroissement de la capacité vésicale; la partie basale de la vessie restant fixe à cause de ses connexions in-

tinées avec le plancher pelvien. Ce détail anatomique a son importance au point de vue qui nous occupe, car si le corps vésical peut fuir devant une compression qui le menace, le col et la base de cet organe ne peuvent l'éviter; aussi sont-ils pour la compression un véritable lieu d'élection.

En s'élevant dans la cavité abdominale, la vessie s'est coiffée du péritoine qui se réfléchit alors de bas en haut sur la face antérieure de l'organe et forme un cul-de-sac, le cul-de-sac prévésical, « qui est d'autant plus profond que le sommet de la vessie a une excursion plus étendue, ou, ce qui revient exactement au même, que le réservoir urinaire a acquis un volume plus considérable. Mais il n'en est pas moins vrai que le fond de ce cul-de-sac s'éloigne de plus en plus du pubis dans la même condition, c'est-à-dire au fur et à mesure que le volume de la vessie augmente. »

Il serait intéressant de savoir exactement la distance qui, pour une distension moyenne du réservoir urinaire, sépare le fond du cul-de-sac de la symphyse pubienne; malheureusement la divergence des auteurs sur cette question est grande, traduisant fidèlement elle-même les grandes variations individuelles. Cependant Testut donne, après injection de 300 grammes de liquide, une distance moyenne de 2 à 3 centimètres. Mais il a soin d'ajouter « qu'on ne peut, à cet égard, établir aucune règle fixe, et que, même avec des vessies renfermant 500 à 600 grammes de liquide, le contact du péritoine avec la symphyse est une disposition relativement fréquente pour que le chirurgien ne puisse jamais avoir la certitude, quel que soit

le degré de distension de la vessie, de pouvoir arriver sur elle sans rencontrer le péritoine. »

Dans le cas de fibrome de l'utérus, où l'on voit la vessie repoussée ou attirée très haut dans l'abdomen, il n'est pas indifférent, pour le chirurgien, de savoir ce que devient le cul-de-sac prévésical. Le D^r SCHMITT nous donne à ce sujet, dans un article publié dans le *Medical Record*, des détails intéressants: « La vessie élevée soulève le péritoine, et une plus ou moins grande partie de sa paroi antérieure, privée de péritoine, viendra au contact de la paroi abdominale ». Le cul-de-sac n'en existe pas moins, car plus loin l'auteur ajoute: « Je ferais erreur si je croyais que dans les cas de distension extrême, il se produit un détachement traumatique du péritoine pariétal et que la vessie remonte entre le péritoine et le fascia transversalis. Dans les cas de vessie élevée, nous saurons, ayant ce rapport présent à l'esprit, introduire le doigt à une distance variable dans le cul-de-sac prévésical ».

Nous pouvons donc conclure que dans le cas de position haute de la vessie, le cul-de-sac prévésical existe, et si, au cours d'une laparotomie, on ne trouve point ce cul-de-sac, il ne faudra point incriminer le fibrome mais chercher ailleurs la cause de cette absence.

La cause, l'auteur croit la trouver dans une persistance de l'état fœtal; nous savons, en effet, que chez le nouveau-né la vessie est un organe abdominal, et que le péritoine, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen de l'espace compris entre l'ombilic et la symphyse, passe directement de la paroi abdominale sur la partie supérieure de la vessie sans former de cul-de-sac.

Dans le développement ontogénique de l'individu, il se produit une descente de la vessie, descente qui, dans certains cas, ne se produirait pas et qui expliquerait ces vessies en position haute, sans cul-de-sac prévésical. « En tous cas, conclut l'auteur, il faut avoir présente à l'esprit la possibilité de ces faits, quand nous ouvrons la cavité abdominale. »

Quelques détails anatomiques sur la position de l'utérus nous paraissent également nécessaires. Sappey a beaucoup insisté sur l'influence considérable que la vessie exerce sur la direction de l'utérus. Normalement, cet organe est en antéversion, son axe coïncidant sensiblement avec l'axe pelvien; mais, sous l'influence de la distension vésicale, l'utérus se redresse peu à peu; il arrive même, au moment où la vessie est pleine, à être dans le prolongement du vagin. Grâce à la mobilité de l'utérus, ces déplacements sont possibles; mais qu'un fibrome, par sa masse consistante et dure, vienne à gêner ce mouvement en arrière, la vessie butera contre ce bloc fibreux qu'elle ne peut pas déplacer et subira des déformations dans le sens de moindre résistance.

On peut poser en principe que tout fibrome peut, à un moment donné de son évolution, produire des *troubles de la miction*. Mais ces troubles, ils ne les produisent pas avec une égale fréquence, surtout avec une égale intensité. C'est aux facteurs de ses désordres que nous allons nous arrêter un instant.

Un élément qui, à priori, paraît devoir jouer un rôle prépondérant, c'est le volume de la tumeur. Et cependant, on voit de très gros fibromes gêner à peine la miction, tan-

dis que de tout petits polypes, qui, n'étaient leurs symptômes urinaires, passeraient inaperçus, entraînent les pires désordres. Parfois même, des fibromes, par leur symptomatologie bruyante attirent l'attention du côté du réservoir urinaire, qui deviennent tout à coup silencieux et inoffensifs. Que s'est-il passé? La tumeur, par son accroissement, à l'étroit dans le bassin, s'énuclée et remonte dans la cavité abdominale; l'augmentation de volume faisant précisément cesser la compression vésicale. Cet heureux phénomène n'est malheureusement pas habituel, et l'on conçoit facilement que plus un fibrome à développement pelvien s'accroît, plus les fonctions urinaires sont troublées. Quoi qu'il en soit, le *volume* de la tumeur passe au *second plan*, le *siège* de celle-ci occupant le *premier*.

Une variété de fibrome relativement assez rare et sur laquelle M. Lejars a attiré l'attention dans une note publiée dans les *Comptes-Rendus de la Société d'Obstétrique*, exerce sur la vessie une influence particulièrement néfaste, nous voulons parler des fibromes cervicaux à développement antérieur. « Ils naissent et croissent aux dépens de la paroi antérieure du col, derrière la vessie, dans l'espace rétropubien et la paroi hypogastrique, certes ils sont très communs, eux aussi, mais pourtant certains de leurs caractères valent d'être relevés, car dans quelques conditions, ils nécessitent un mode opératoire sur lequel il n'est pas inutile d'insister ».

Ces fibromes se présentent sous deux types différents: Le premier type est constitué par des *fibromes à pédicule*, doués par conséquent, de mobilité, aussi les troubles qu'ils occasionnent sont-ils très variables suivant leur plus ou

moins grande facilité de déplacement. Dans sa première observation, M. LEJARS ne signale pas de troubles de la miction; ils peuvent toutefois exister, car si dans certains cas, le pédicule est assez long pour permettre au fibrome de remonter, dans d'autres cas, il reste coincé entre l'utérus et la vessie déterminant sur cette dernière une compression qui se traduira par de la dysurie et le plus souvent par de la rétention avec dilatation vésicale.

Le second type est autrement important et autrement dangereux, ces fibromes se développent, en effet, sur la partie antérieure du col « *en nappe continue et sessile* », presque fatalement ils entraîneront des réactions vésicales. Chassée par la tumeur qui la pousse de bas en haut, la vessie remonte dans l'abdomen, s'étalant sur la masse fibreuse comme un coussin gonflé de liquide. Le col vésical, comprimé par la masse fibreuse, traduit son irritation par de la *pollakiurie* et du *ténésme*, qui feront bientôt, à la moindre occasion, place à la *rétention*. Dans sa seconde observation, M. Lejars parle d'incontinence, il est probable qu'il s'agissait ici de fausse incontinence masquant une rétention, puisque la vessie était grande et dilatée. C'est le trop-plein que laissait à chaque instant échapper ce réservoir distendu.

Très importants aussi, sont les fibromes sus-vaginaux du col, à développement latéral. Dans son *Traité de Gynécologie*, M. le Professeur Pozzi en signale l'importance. « C'est le plus souvent en arrière du col qu'ils se développent, et ils soulèvent le cul-de-sac de Douglas pour se mettre en contact immédiat avec la paroi postérieure du vagin et du rectum. Ils débordent souvent sur les côtés entre les

feuillets des ligaments larges qu'ils dédoublent, constituant ainsi une des variétés les plus graves des corps fibreux intra-ligamentaires. Ils peuvent dépasser cette région, cheminer en avant, entre la vessie et l'utérus et pousser des prolongements dans le méso-colon iliaque. Emprionnés par leur point de départ même, dans l'enceinte inextensible du petit bassin, ils sont l'origine d'accidents de compression les plus redoutables, j'ai proposé de les appeler *corps pelviens* ».

Bien que par un point d'implantation plus élevé, ils n'appartiennent pas à ce groupe, nous croyons devoir étudier en même temps les *fibromes inclus dans le ligament large*, que leur insertion se fasse au niveau de l'isthme ou dans le voisinage de la corne utérine, car bien des caractères les rapprochent; aussi en présentons-nous une description commune; en faisant remarquer, toutefois, qu'en raison même de leur incarceration les « *corps pelviens* » constituent la variété la plus redoutable.

Les fibromes *intra-ligamentaires* atteignent souvent un volume considérable exerçant sur les organes pelviens des compressions dangereuses; la malade de Terrillon en portait un de 18 kilos. Sur 44 cas de fibromes intra-ligamentaires rapportés par Perrot, dans sa thèse, 13 fois des troubles urinaires sont consignés et presque toujours la vessie est remontée très haut dans l'abdomen. Un caractère commun à ces fibromes, caractère qu'ils tirent de leur asymétrie même, c'est le déplacement latéral qu'ils font subir à la vessie, ils la repoussent d'un côté du pelvis, tandis qu'ils occupent l'autre. La malade de Morris présentait « une vessie distendue et formant un ovoïde proéminent

bombant sur le côté droit de la ligne médiane et s'inclinant très obliquement en dehors et en haut : l'utérus fibromateux occupait la fosse iliaque gauche ». Sur 8 observations que nous donnons de cette variété de corps fibreux, 4 fois il y eut *réten-tion*. C'est dire la prédominance de ce symptôme. Un autre caractère appartenant à cette variété, c'est la difficulté opératoire provenant de l'inclusion ligamentaire et de l'ascension de la vessie.

Pour terminer l'étude des fibromes du col, nous parlerons des *polypes* qui se développent, soit dans la cavité cervicale, soit sur une des lèvres du museau de tanche; nous ne les séparerons pas des polypes, nés dans la cavité utérine, où ils peuvent continuer à végéter, mais qui peuvent aussi, par un processus de descente, devenir *intra-cervicaux*, parfois même *vaginaux*. Ces polypes d'apparence si bénigne, peuvent amener les pires désastres. Les observations de LISFRANC et de DEMARQUAY en sont deux saisissants exemples.

La malade de TUFFIER ne portait qu'un « petit polype muqueux pédiculisé à la lèvre postérieure », cependant l'état de la malade était si grave qu'on dût l'hospitaliser d'urgence. C'est par leur compression bien limitée en un point que ces fibromes sont redoutables, car la paroi amincie et usée finit par céder, ouvrant toutes grandes les portes à l'infection.

Les fibromes du *corps utérin* sont de beaucoup les plus nombreux, d'après certains auteurs, comparativement à ceux du col ils seraient dans le rapport de 5 à 1. Nous avons déjà vu les corps fibreux des parois latérales s'infiltrer dans les ligaments larges dont ils se font un revête-

ment, nous allons nous occuper maintenant de ceux de la *paroi antérieure*.

Un peu schématiquement il est vrai, on peut dire qu'ils se comportent de deux façons, selon leur point d'implantation. Les fibromes du *segment inférieur*, suivant le mécanisme des fibroïdes cervicaux, repoussent le bas-fond vésical qu'ils élèvent, produisant volontiers la *réten tion*. La malade de BUDIN, rétentionniste sans le savoir, était porteuse d'un fibrome siégeant à la partie inférieure de la paroi antérieure. C'est pour une rétention durant 3 jours, que notre malade vint consulter; ici encore le fibrome occupait la partie antérieure du segment inférieur; son asymétrie expliquait l'asymétrie vésicale, car le globe urinaire était déjeté dans la fosse iliaque gauche, l'utérus occupant la fosse iliaque droite.

Les fibromes du *segment supérieur* agissent par un tout autre mécanisme. Souvent l'antéflexion viendra aggraver l'effet de la tumeur, la masse utérine formant au-dessus de la vessie un plafond qui menace de l'écraser. La compression pourra parfois être assez intense pour convertir ce réservoir en une cavité virtuelle où l'urine ne pourra plus s'emmagasin er. La malade perdant alors son urine à mesure qu'elle est déversée par les uretères, sera en état d'*incontinence*. La *réten tion* est cependant assez souvent observée, car des adhérences peuvent venir compliquer cette variété de fibromes, étalant la vessie comme un éventail et la mettant ainsi dans l'impossibilité d'expulser son contenu.

La face *postérieure* de l'utérus est le terrain de prédilection sur lequel poussent les fibromes. Il semblerait, au

premier abord, que ces fibromes ne doivent pas nous intéresser et cependant ce sont, peut-être, ceux dont l'influence se fait le plus souvent sentir sur la vessie. C'est par rétroversion qu'ils agissent et il nous paraît difficile d'en parler sans les rapprocher des utérus gravidés rétroversés. Dans les deux cas le col porté en haut devient l'agent de la compression, que son action s'exerce sur le col de la vessie ou sur l'urèthre. Au début, les symptômes sont passagers, c'est tantôt de la *pollakiurie*, tantôt de la *dysurie*, parfois même la *réten-tion* d'emblée; dans tous les cas, c'est toujours vers elle que la malade va s'acheminant. Cette *réten-tion*, une fois constituée pourra alors devenir persistante, s'aggravant à mesure que l'utérus devient plus volumineux. Quand la masse utérine est incarcerationnée, et que par des manœuvres appropriées on ne peut la faire remonter dans l'abdomen, le danger devient pressant et l'intervention s'impose. L'évolution n'est point toujours, heureusement, si fatale, et l'on voit parfois l'accroissement de la tumeur devenir un agent de guérison par l'énucléation de la tumeur, hors de la cavité pelvienne. Chez les femmes enceintes, comme chez les fibromateuses, ce qui domine ici le tableau clinique du commencement à la fin, c'est la vessie, de sorte qu'on a pu dire avec raison que dans cet accident « la vessie est tout et l'utérus n'est rien ».

Comment agissent tous ces fibromes? La réponse est facile, car à chaque pas, au cours de cette étude, nous avons eu à signaler les méfaits de la *compression*. Ce sont, en effet, de merveilleux agents de compression: par leur voisinage tout proche, par le développement considérable qu'ils peuvent atteindre et surtout par leur consistance

dure et ferme. La vessie et le rectum, organes creux et souples, viendront se mouler sur l'utérus qui les écrasera par sa masse.

Que devient la vessie sous l'influence de la compression ? Nous avons eu l'occasion de le dire en étudiant les divers fibromes ; réunissant maintenant toutes ces notions éparses dans les paragraphes précédents, nous voudrions en donner un tableau d'ensemble.

Elle peut être déplacée *latéralement* de *bas en haut* ou de *haut en bas*.

Quand la tumeur se développe *latéralement*, le plus souvent dans l'épaisseur du ligament large, ou même dans les fibromes de la paroi *antérieure à développement asymétrique*, la vessie est presque toujours rejetée sur le côté, se juxtaposant à l'utérus au lieu de rester au-devant de lui. Mais elle n'est pas seule à supporter ce déplacement, car l'urèthre est souvent dévié ; chez notre malade on eut de la peine à introduire le cystoscope et lorsqu'il fut en place il était orienté de gauche à droite, d'arrière en avant et de bas en haut, traduisant ainsi les déformations de ce canal.

D'autres fois la vessie est comprimée de *haut en bas* et comme écrasée contre le pubis. Ce sont ces vessies que SCHMITT appelle « *emprisonnées* » : « certaines de ces vessies, dit-il, ne produisent aucun symptôme à cause de la distension latérale et par en bas de cet organe. Chez les femmes à plancher pelvien affaibli, on est exposé à rencontrer le cystocèle et le prolapsus de la paroi antérieure du vagin ». Les fibromes de la paroi antérieure de l'utérus surtout quand ils s'accompagnent d'antéflexion, nous permettent d'observer ce type. La malade de Huguier se plai-

gnait d'envies fréquentes d'uriner et de difficulté à la miction; la vessie entièrement cachée par la tumeur, n'était visible que par insufflation. La vessie de la malade de Dumarquay et Rondot « est tellement écrasée contre le pubis, qu'on éprouve de la difficulté à y introduire la main ».

Le plus souvent la vessie est déplacée de *bas en haut*; cette position haute a la plus grande importance au point de vue opératoire, et le chirurgien faisant la laparotomie, devra avoir toujours présente à la mémoire la possibilité de cette complication. Comment se fait cette migration de bas en haut?

La tumeur en s'élevant, soulève le bas-fond vésical dont elle se coiffe et qu'elle porte en même temps en avant. Nous avons pu par la cystoscopie étudier cette déformation vésicale chez notre malade. Le bas-fond déformé ne permettait pas de voir les orifices urétéraux; en outre, la paroi postérieure faisait, dans la cavité vésicale, une saillie convexe.

Quelle que soit l'importance de ces soulèvements, dans cette sorte de déplacements vésicaux, la *rétention* joue néanmoins le rôle prépondérant; en effet, ces vessies remontant jusqu'à l'ombilic ou au-dessus sont toujours en rétention. Quand un obstacle s'est opposé à l'expulsion de l'urine, la vessie en hypertrophiant ses fibres musculaires, essaie de triompher de l'obstacle; mais bientôt épuisée par cette lutte, petit à petit, elle se laisse distendre, devenant une grande poche flasque qu'on a justement comparée à un grand estomac dilaté.

La vessie peut encore être *attirée en haut par des adhé-*

rences. On observe cette position haute dans les fibromes développés dans la paroi antérieure, au-dessus du repli péritonéal. La malade de LANCERAUX ET BOUSSI nous en offre un bel exemple; la vessie est maintenue étalée sur la face antérieure de la tumeur par deux brides latérales. A propos de ces adhérences SCHMITT nous dit que les surfaces péritonéales du globe urinaire et de la tumeur sont généralement lisses et qu'il est très rare de rencontrer une oblitération partielle ou complète du cul-de-sac vésico-utérin. Les processus inflammatoires siègent, le plus souvent, dans le tissu sous-séreux, solidarissant ainsi la vessie à la tumeur, de sorte que l'ascension de celle-ci entraîne aussi l'ascension de celle-là. Cette traction peut être assez forte pour entraîner l'orifice interne de l'urèthre au-dessus du bord supérieur de la symphyse.

L'observation de FOURESTIE nous prouve que les adhérences ne sont pas l'apanage exclusif des fibromes antérieurs et qu'on peut les observer dans les fibromes de la *paroi postérieure*, et en général dans toutes les variétés de ces tumeurs. Dans ce cas particulier, la vessie plus grande que l'estomac remontant jusqu'à 3 doigts au-dessus de l'ombilic, s'étalait au-devant de l'utérus, maintenue dans cette position par des adhérences avec les annexes.

Mettre sur le seul compte de la compression tous les troubles de la miction chez les fibromateuses serait méconnaître l'importance de la *congestion vésicale*. Le retentissement des troubles génitaux sur l'appareil urinaire est un fait bien connu et il est de notion courante que des femmes, vierges de toute affection vésicale, souffrent dans leur vessie au moment de leurs époques cataméniales, souffrances

qui peuvent être assez intenses pour condamner ces femmes à garder le lit pendant le temps que durent leurs règles.

Cette solidarité physiologique entre les organes génito-urinaires, se retrouve tout entière, augmentée, exagérée même à l'état pathologique. Un utérus fibromateux est, en effet, un utérus congestionné et comme tel il influe sur le réservoir urinaire dont il provoque la congestion. Certaines vessies douloureuses, certaines pollakiuries accompagnées de ténésme, qu'on met trop facilement sur le compte de la compression ne reconnaissent pas souvent d'autres causes. ZUCKERKANDL et JACOBS en ont apporté la confirmation par leurs recherches cystoscopiques. Le bas-fond vésical est hyperhémie à tel point que parfois il se produit une véritable hématurie dont l'origine peut être méconnue, comme dans le cas de LOUMEAU.

L'explication de la congestion simultanée de ces deux organes nous est donnée par les nombreuses anastomoses artérielles et veineuses qui les relient l'un à l'autre. Nous savons, en effet, que le système vasculaire de la vessie n'est pas isolé de celui des organes génitaux. Les artères vésicales postérieures envoient de nombreuses ramifications à l'artère utérine et à l'artère vaginale et en reçoivent à leur tour. Mais les plus importantes de ces anastomoses sont les anastomoses veineuses qui forment un vaste réseau communiquant largement en plusieurs points. Zuckerkandl a injecté la veine utérine et a démontré que ce sont les vaisseaux veineux du bas-fond de la vessie qui se remplissent du liquide injecté, ce qui prouve le passage direct des veines utérines et vaginales dans les veines vésicales. Ces re-

cherches, il les a vérifiées sur le vivant, par la cystoscopie.

Souvent dilatée, presque toujours *congestionnée*, telle nous apparaît la vessie chez les fibromateuses; terrain magnifiquement préparé pour recevoir les germes microbiens; et malgré ce fâcheux concours de circonstances, la *cystite* n'est pas très fréquente dans ce genre d'affection. Le plus souvent, c'est le cathétérisme qui ouvre la voie aux microbes, on a vu cependant des malades qui n'avaient pas été sondées, faire de la cystite. Il faut alors chercher la porte d'entrée du côté de l'utérus, car son voisinage est dangereux à cause de la métrite qui accompagne presque toujours les fibromes; il se peut aussi que les microbes qui ont l'urèthre pour domicile habituel, remontent ce canal, et se fixent dans la vessie; le terrain étant favorable, ils vont s'y multiplier et déterminer l'infection.

C'est la *cystite banale*, avec ses lésions bien connues, que nous rencontrerons le plus fréquemment. Il existe cependant une forme, beaucoup plus rarement observée, caractérisée par des urines putrides et des membranes noirâtres, nous voulons parler de la *cystite membraneuse*, plus communément rencontrée chez les femmes grosses. MORZ et HALLÉ, dans une excellente étude anatomo-pathologique, ont surtout mis en relief l'influence considérable, dans cette cystite, des *hémorragies intrapariétales*, souvent sous-muqueuses, parfois inter-musculaires, qui dissèquent, en quelque sorte, la muqueuse, amenant sa mortification et sa nécrose. Ce plan de clivage peut s'étendre à la vessie toute entière, détachant, dans sa totalité, la muqueuse qui garde la forme vésicale; la malade de CHARDON et CHENAZ expulsa spontanément sa muqueuse qui représentait « le

moule exact de la vessie. » Le musée de M. GUYON nous offre de beaux exemples de muqueuses ainsi mortifiées. La vessie de la malade de BRIN est « noirâtre, épaisse et indurée comme du carton. » Le plus souvent la nécrose est partielle ne portant que sur une paroi vésicale, c'est le cas de VINCENT; ou même sur un point plus limité de cette paroi.

Nous terminerons cet exposé anatomo-pathologique par les perforations *utéro-vésicales* ou *vagino-vésicales* qui sont l'aboutissant d'une compression localisée et permanente. La compression suffit-elle à produire ce traumatisme? Le fait ne paraît pas impossible car, dans les observations de Demarquay et de Lisfranc, les bords de la plaie sont « amincis et usés ». Il se pourrait toutefois qu'une infection localisée et discrète vînt surajouter ses effets à ceux des troubles trophiques.

CHAPITRE II .

Etude clinique

Nous avons déjà dit, combien étaient fréquents, au cours des fibromes, les troubles urinaires; nous voudrions maintenant, dans une étude rapide, en examiner les *caractères cliniques*. Tantôt c'est au milieu du cortège habituel des symptômes des corps fibreux qu'il faudra aller les reconnaître, leur faible intensité les reléguant au second plan; tantôt, au contraire, ils occupent le premier plan, accaparant toute l'attention de la malade qui se plaint à peine de quelques pertes sanguines ou de règles devenues plus abondantes. Il arrive même parfois qu'ils constituent à eux seuls toute la symptomatologie, premier indice d'une tumeur avec laquelle la femme vivait jusqu'alors en bonne intelligence.

La *douleur* est un symptôme banal et par sa banalité même, il n'apporte au clinicien que fort peu de renseignements, mais il est pour la malade un avertissement salutaire qu'elle n'écoute trop souvent pas, préférant, par un

sentiment de pudeur ridicule, garder pour elle ses petites misères plutôt que de les confier à son médecin. C'est parfois une vague sensation de pesanteur dans l'hypogastre, sensation de plénitude et de tiraillement pouvant s'irradier vers les cuisses; parfois la douleur se précise, les malades sentent leur vessie, car c'est commencer à en souffrir que de la sentir; la miction devient douloureuse, et tout le long du canal, ce sont des picotements et des sensations de brûlure.

Un degré de plus et c'est l'*irritation vésicale* avec *pollakiurie* et *ténesme*, phénomènes qu'il est difficile de séparer, car ils reconnaissent la même cause. La malade urine souvent dans la journée, moins souvent la nuit; à chaque instant, elle est tourmentée par de faux besoins d'uriner et l'expulsion des dernières gouttes entraîne une contracture douloureuse de la vessie. Si la pollakiurie est très intense, elle peut faire croire à une cystite, mais le diagnostic est facile à faire, les urines purulentes étant caractéristiques de la cystite. Il ne faudrait pas se laisser tromper par des urines troubles, tenant simplement du mucus ou des sels en suspension, qui peuvent en imposer pour de vrais globules de pus.

« *Pollakiurie* et *ténesme*, s'accompagnant d'urines non purulentes, dit Vénot, caractérisent « la *vessie irritable* » très fréquente chez les fibromateuses. » Elle était irritable la vessie de notre malade que des besoins impérieux d'uriner arrêtaient à chaque instant. La station debout l'influait très fâcheusement puisque dans l'espace d'une heure elle devait la vider 6 fois, alors que dans la station assise ou couchée elle devenait plus tolérante.

Quelle est la cause de cette irritabilité vésicale? La question n'est pas définitivement tranchée. Dans le chapitre précédent, nous inspirant du travail de VÉNOT, nous avons signalé l'importance de la *congestion*; il est probable, en effet, qu'elle joue le rôle principal sinon unique. Aussi voit-on cette pollakiurie coïncider souvent avec le flux cataménial. HARTMANN cite cependant un cas qu'il paraît difficile de mettre sur le compte de la congestion vésicale; la malade avait, de temps en temps, du ténesme qui durait demi-heure, s'accompagnant d'envies fréquentes d'uriner et de brûlures vives localisées au méat. Les urines étaient claires et tous les symptômes s'amendaient à la suite du refoulement méthodique et progressif de l'utérus enclavé. Ce cas nous paraît devoir rentrer dans le groupe des *névralgies vésicales*, décrites par cet auteur.

La *dysurie* n'est pas rare chez les fibromateuses, surtout dans la compression de l'urèthre et du bas-fond vésical, quand la vessie distendue commence à fléchir. La musculature du réservoir urinaire n'étant plus suffisante pour forcer le sphincter, la malade fait appel à ses muscles abdominaux, elle pousse comme un prostatique. Et ce n'est parfois qu'au prix d'efforts considérables que la malade parvient à expulser quelques gouttes d'urine; cherchant des positions bizarres qui souvent seules permettent la miction. VÉNOT cite une malade de Filiatre qui ne pouvait uriner qu'assise. D'autres se mettent à quatre pattes.

Il est des femmes, en revanche, qui perdent continuellement leurs urines; elles sont en état d'*incontinence*. L'incontinence étant la perte involontaire et incessante de l'urine, ne saurait être confondue avec la pollakiurie; mais

il sera plus difficile de la distinguer de la fausse incontinence, liée à la rétention. Ici aussi l'urine coule goutte à goutte et involontairement, mais ce n'est qu'un trop-plein qui déborde. « L'incontinence vraie, d'origine fibromateuse, dit Vénot, doit être exceptionnelle, pour ma part je n'en ai pas trouvé d'observation probante. » Dans son observation, Fourestié nous dit : « la malade laissait échapper ses urines. », mais il y avait 300 grammes d'urine dans la vessie, ce n'était donc pas incontinence vraie, puisqu'il y avait un résidu. La malade de Lejars n'avait pas non plus d'incontinence vraie car l'opération permit de constater une vessie dilatée et remontant très haut dans l'abdomen. -

Bien plus que l'*incontinence* vraie ou fausse, la *rétention* est le symptôme par excellence des fibromes. Il impressionne toujours la malade ; c'est souvent lui qui la décide à venir prendre l'avis de son médecin. La rétention peut surprendre la femme en pleine santé, le plus souvent à l'époque des règles, constituant la première manifestation symptomatique de la tumeur ; après quelques cathétérismes, parfois après un seul on voit ce trouble disparaître, réapparaissant de temps à autre quand il se fait, dans l'appareil génital, une poussée congestive. La malade de Boursier faisait tous les mois sa petite rétention. -

Généralement *intermittente* au début, la rétention tend à devenir *habituelle*, créant une sérieuse menace pour l'avenir de la malade. Le diagnostic de rétention s'impose de lui-même, il ne faudrait point cependant, de l'absence d'urines, conclure à une rétention, car il peut y avoir *anurie*, par suite de la double compression urétérale ; on ne sera donc autorisé à diagnostiquer une rétention que lorsque la

sonde introduite dans la cavité vésicale n'aura pas ramené d'urine.

Une autre difficulté peut se présenter, plus grave celle-là, car elle peut laisser ignorer une rétention existante : c'est la *rétention incomplète*. La malade urine mais c'est par regorgement ; il reste toujours dans la vessie un résidu urinaire, qui peut devenir un excellent bouillon de culture, d'autant plus dangereux qu'il n'est pas soupçonné. Le cathétérisme pratiqué après une miction, nous permettra de démasquer ce dépôt stagnant. Tous les fibromes peuvent occasionner la rétention, mais ceux du segment inférieur et de la paroi postérieure entraînant la rétroversion, sont surtout les plus à craindre.

Parfois la *rétention* saute aux yeux ; nous voulons parler de ces femmes au ventre globuleux où la vessie distendue vient faire saillie sur la paroi abdominale. C'était le cas de notre malade ; on put faire le diagnostic de rétention par l'inspection : le ventre augmenté de volume était nettement bilobé, un sillon médian séparait les deux lobes qui s'élevaient jusqu'à l'ombilic. A droite on sentait, par la palpation une masse dure mamelonnée, à gauche un globe rénitent donnant très nettement la sensation de flot. La saillie peut être médiane et remonter très haut ; il y a toujours intérêt, chez les fibromateuses, à essayer de préciser la situation de la vessie, on évitera ainsi au cours de l'opération de graves mécomptes. En explorant méthodiquement le ventre par la palpation et la percussion on y arrive souvent, et cependant il est des cas de position haute où le diagnostic est impossible. Nous visons ici, particulièrement, ces vessies attirées en haut par des adhérences fibreuses qui les fixent

solidement à la tumeur. La cystoscopie sera alors un précieux auxiliaire qui nous renseignera en outre sur les déformations vésicales.

Terrain prédisposé par la congestion et par la rétention, telle nous apparaît la vessie chez les fibromateuses, et cependant la *cystite* est rare. Comment expliquer cette espèce d'immunité sinon par la résistance très grande que l'épithélium oppose à l'infection car, nous l'avons déjà vu, les portes d'entrée sont nombreuses. Il arrive cependant que la barrière soit franchie; c'est la cystite vulgaire avec sa forme aiguë ou chronique.

Nous n'insisterons pas sur sa symptomatologie bien caractéristique; la fréquence des mictions, la douleur, et la purulence des urines lui constituant un trépied qui ne manque jamais. Ces symptômes sont plus ou moins intenses, mais ils ne présentent pas un caractère spécial du fait de la présence du fibrome; aussi chez une femme qui n'a pas de raisons spéciales de faire de la cystite, faut-il toujours chercher du côté de son appareil génital, car un fibrome peut passer inaperçu, la cystite constituant le seul symptôme révélateur.

Une caractéristique, peut-être, de ces cystites, c'est leur *tendance* à la *chronicité*, aussi suivant le conseil judicieux de M. Motz en présence d'une cystite qui ne guérit pas par les moyens habituels, faut-il chercher un peu de tous côtés quelle peut bien être la cause de cette persistance; on pourra ainsi dépister un fibrome ou même un petit polype resté jusqu'alors silencieux.

Que les microbes exaltent leur virulence, que la vessie se laisse envahir et nous arrivons à la *cystite membraneuse*;

la rétention ayant presque toujours fait le lit de l'infection. Le tableau clinique est celui d'une cystite très aiguë auxquels s'ajoutent deux symptômes typiques, la *putridité des urines* et l'*expulsion des fausses membranes*. Les urines sont souvent hémorragiques, irritantes pour les régions avec lesquelles elles entrent en contact. Les membranes expulsées sont plus ou moins épaisses, plus ou moins larges, à l'aspect sphacelé et sentant la gangrène. L'expulsion est facile pour les membranes de dimensions modérées; celle des larges membranes peut offrir des difficultés, entraînant même la rétention, par obstruction de l'urèthre.

La malade de BRIN présentait des « symptômes urinaires extrêmement inquiétants; les difficultés de la miction sont très grandes, la malade urine sans cesse en faisant de grands efforts et en poussant des cris; les urines sont noires, extrêmement fétides, contenant des lambeaux de muqueuse. Au cours de l'hystérectomie, la vessie apparaît noirâtre et indurée comme du carton. » La malade avait fait de la rétention. Rétentionniste aussi la malade de VINCENT, à qui l'on retira 10 litres d'urine en trois séances.

La malade de CHARDON et CHENAZ, encore citée par Vénot, avait des « urines filantes, glaireuses, purulentes, alcalines et répandant une odeur infecte de putréfaction. La fin de la miction est toujours troublée par une émission de sang franchement rouge. » Un mois après le début des accidents, on trouve entre ses jambes une « membrane assez épaisse putréfiée ayant une odeur infecte représentant le moule exact de la vessie. »

La congestion du bas-fond vésical peut devenir assez intense pour produire une hématurie véritable. Nous en rap-

portons quatre cas, empruntés au travail de Vénot. D'après cet auteur, cet accident serait très rare et ZUCKERKANDL serait le premier à l'avoir signalé. Le médecin traitant fit le diagnostic de tumeur vésicale, diagnostic qui fut démenti par la cystoscopie, il s'agissait d'un simple fibrome utérin.

LOUMEAU porta aussi le diagnostic de tumeur vésicale chez sa malade, et l'examen cystoscopique ne fit que le confirmer dans cette idée, bien qu'il n'ait pas observé « les saillies irrégulières qui caractérisent ordinairement le néoplasme de cet organe. » La taille hypogastrique lui révéla une vessie normale, la tumeur était indépendante du réservoir urinaire et siégeait dans l'utérus. Même erreur chez la malade de HARTMANN qui présentait des hématuries persistantes depuis 6 mois. Une petite tumeur utérine du volume d'une bille était la cause de tout le mal. Enfin, c'est le cas de LAUWERS. Sa malade avait des pertes abondantes de sang par la vessie dont un fibrome était la cause. Dans tous ces cas, la congestion du bas-fond vésical était intense.

Un fait domine toute la symptomatologie des troubles urinaires, c'est *l'influence considérable des règles*, qu'à chaque instant, au cours de ce travail, nous avons eu l'occasion de signaler. Ces troubles, souvent elles les font naître, toujours elles les aggravent. Guyon a signalé depuis longtemps la répercussion des congestions actives de la menstruation, des congestions passives de la ménopause sur l'état de la vessie, sur les troubles qui les caractérisent, sur la prédisposition qu'elles procurent à l'infection, sur l'aggravation qu'elles apportent à une cystite préexistante. « Ces troubles fonctionnels, écrit LEGUEU, ne se manifes-

tent pas chez toutes les femmes, ni toujours au même degré, il faut déjà une disposition particulière de l'utérus, une réceptivité en quelque sorte spéciale de la vessie. On les observe surtout chez les multipares, chez les femmes qui, à la suite de grossesses multiples, ont conservé un utérus gros et mal revenu. »

Beaucoup de femmes n'ayant jamais souffert d'affections des voies urinaires, éprouvent pendant les périodes cataméniales des troubles vésicaux dont la modalité et l'intensité sont fort variables. Pollakiurie, ténesme sont d'observation courante. D'autres, au moment de leurs règles, se souviennent dans leur vessie qu'elles ont eu autrefois une cystite. La malade de Leguen était de celles-là ; elle avait été traitée et guérie d'une cystite, à chacune de ses époques elle voyait reparaître quelques filets de sang dans ses urines alors que, dans l'intervalle, le même incident ne se reproduisait jamais.

Dans pas mal d'observations, *les troubles urinaires* ont commencé à l'*époque des règles* ; ils cessent quelquefois avec elles pour reparaître aux époques suivantes. Dans l'intervalle, les malades ne souffrent pas, seules ces douleurs périodiques viennent leur rappeler qu'elles ont une tumeur dans le ventre. Mais il n'en est pas toujours ainsi et parfois les troubles, une fois installés, ne montrent aucune tendance à la régression ; la menstruation ne fera que les raviver. Tous ces *symptômes vésicaux* ressentent vivement le contre-coup de la *congestion utérine*, mais la *rétention* y est peut-être encore plus sensible. L'observation de notre malade est intéressante à cet égard. C'est à l'occasion de troubles menstruels qu'elle ressentit, en février, pour la

première fois, des troubles urinaires; ses règles furent supprimées, mais la congestion des organes du pelvis n'en existait pas moins. En mai, reparurent les menstrues et avec elles une recrudescence des symptômes qui n'avaient pas totalement disparu après la première crise. En août, nouvelle poussée congestive, accompagnée de nouvelles douleurs. En novembre, au moment de ses règles, survient la rétention qui décide la malade à entrer à l'hôpital. La relation est ici manifeste entre l'aggravation des symptômes et l'afflux sanguin. Nous pourrions multiplier ces exemples, nous nous bornerons à celui-là.

D'autres fois, c'est la *suppression brusque des règles* qui retentit sur la vessie; c'est alors qu'on voit apparaître des troubles variés: incontinence, dysurie, névralgie vésicale et même, dans quelques cas, la cystite. Il semblerait cependant qu'à la ménopause, la vessie dût être enfin affranchie du joug que lui fait subir l'utérus. Même alors celui-ci ne perd pas ses droits, car on a noté des hémorragies supplémentaires de la ménopause comme on en a notées pendant la vie génitale de la femme. Ces hématuries périodiques sont indolores et peuvent parfois être très abondantes. LEGEU, étudiant ces hématuries, dit: « On a vu, et Chopart en cite un exemple, des femmes qui, aux époques menstruelles, avant ou après l'apparition des règles, étaient atteintes d'une hématurie offrant d'ailleurs des différences infinies. On cite des femmes qui ont rendu ainsi des quantités énormes de sang par l'urèthre, sans que leur constitution en souffrît. Marsi, dans la Policlinique de Rome, relate l'observation d'une femme qui, après avoir subi une hystérectomie vaginale totale, était, en quelque sorte, réglée par

la vessie. » Ainsi, depuis le moment où elle s'ouvre à la vie génitale jusqu'à sa mort, la femme est soumise aux caprices de l'utérus, confirmant le vieil aphorisme latin « *tota mulier in utero* ».

CHAPITRE III

Evolution — Complications

Même bénins, les *troubles urinaires* constituent toujours une complication désagréable des fibromes. Bien que les femmes soient, en général, d'une grande discrétion sur ces indispositions douloureuses qui reviennent le plus habituellement tous les mois, elles n'en sont pas moins préoccupées et leur préoccupation vésicale, quand le terrain s'y prête un peu, peut donner naissance à une névrose qui retentira fâcheusement sur l'état général. Ces symptômes vésicaux peuvent rester stationnaires, s'atténuant, s'espérant, disparaissant même quand vient la ménopause.

Un auteur a rapporté l'observation d'une femme porteuse d'un fibrome qui s'était révélé par une *réten-tion* d'urine; plus jamais, depuis, elle ne présenta de troubles urinaires. Elle mourut octogénaire; l'autopsie révéla un petit fibrome dur et calcifié de la paroi utérine. Nous avons montré déjà par quel mécanisme de gros fibromes produisant des

troubles sérieux du côté de la vessie, pouvaient remonter dans la cavité abdominale, faisant cesser par leur ascension même cette symptomatologie douloureuse. KIDD, dans un cas que nous rapportons, a suivi ces indications de la « *natura medicatrix* ». Il s'agissait d'un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus ayant entraîné celui-ci en rétroversion. Il fut assez heureux pour le redresser et pour le maintenir en bonne position par une pessaire de Hodge. Revue un an après, la malade n'avait plus éprouvé de troubles urinaires. Par la même manœuvre, HUE obtint aussi un excellent résultat.

Malheureusement, l'évolution n'est point toujours aussi heureuse; le plus souvent, les douleurs vont s'exagérant, devenant plus intenses, plus persistantes. La rétention, qui n'était qu'accidentelle, tend à devenir habituelle; ces femmes qui ne voulaient point entendre parler d'opération, la réclament maintenant à grands cris comme leur unique salut, désespérant de toutes les autres médications, qui ne leur ont point apporté la guérison. La malade de SCHMITT avait épuisé toutes les ressources de la thérapeutique quand elle vint le trouver. « La rétention d'urine, l'horreur de ne pouvoir plus uriner firent ce que n'avaient pu faire les souffrances et de graves hémorragies. » Notre malade avait patienté neuf mois, et cependant elle urinait 5 ou 6 fois par heure, quand elle était debout, et toutes les heures quand elle était assise ou couchée. Une *rétention* durant depuis trois jours la décida à entrer à l'hôpital.

L'incontinence d'urine constitue une infirmité désagréable et pénible, mais elle n'offre point cependant les dangers de la *rétention*. Par les menaces d'infection de l'appareil

supérieur, elle est une des complications les plus graves des fibromes de l'utérus.

La tumeur s'opposant au libre écoulement de l'urine, la vessie entre en lutte avec elle en hypertrophiant ses fibres musculaires comme nous l'avons déjà dit. Mais elle ne résiste pas longtemps; vaincue, elle se laisse distendre, suivant un processus de pathologie générale; ainsi le cœur s'hypertrophie pour triompher de l'obstacle qui gêne la circulation, mais ses forces s'épuisent à ce travail incessant et, surmené, il se laisse distendre. La pression intra-vésicale se transmet à l'appareil urinaire tout entier; c'est l'uretère qui en ressentira d'abord les effets; il se dilate, atteignant parfois un calibre énorme, son augmentation de volume pouvant amener sa compression. Le bassinnet à son tour entre en distension, ses calices pouvant peu à peu augmenter la poche aux dépens du tissu rénal lui-même.

L'*hydronéphrose* est constituée, presque toujours bilatérale contrairement à ce qu'on observe dans les cas de compression urétérale directe.

L'appareil urinaire ainsi mis en état de moindre résistance par la distension et la congestion, deviendra une proie facile pour les microbes. La vessie se défend bien contre l'invasion microbienne; aussi n'est-elle pas très fréquemment atteinte, malgré la septicité des urines. Mais l'infection a une voie largement ouverte vers le rein, l'urine, qui normalement, par son courant descendant, protège l'uretère, est stagnante et ne remplit plus par conséquent son rôle protecteur; aussi le bassinnet et le rein mis en état de réceptivité, deviennent-ils un terrain propice pour le développement des germes microbiens. Si le rein, modéré-

ment touché ne participe pas à la distension septique du bassinet, ce sera la *pyélonéphrite*, mais qu'il forme avec ce dernier une vaste poche purulente, ce sera la *pyonéphrose*, dernière étape de l'infection rénale. Quel qu'en soit le degré, qu'elle soit rapide ou lente, la destruction du parenchyme rénal, tel est le dernier terme vers lequel s'achemine toute infection ascendante livrée à elle-même.

Devant un pronostic aussi sombre, on saisit mieux l'intérêt qu'il y aurait à dépister ces complications à leur naissance, alors qu'un traitement chirurgical est encore efficace. Malheureusement le début en est insidieux et presque toujours la dilatation urétérale passera inaperçue. Les douleurs rénales mettront notre attention en éveil, et systématiquement nous palperons les reins de toutes les fibromateuses, car parfois la palpation révèle une tuméfaction rénale qu'aucun signe n'avait encore dénoncé. Dans d'autres cas se produisent des crises paroxystiques qui en imposent pour des coliques néphrétiques; quand elles sont suivies d'une polyurie intense, elles deviennent bien caractéristiques d'une *hydronéphrose intermittente*.

La *pyélonéphrite* se révélera à nous par la polyurie trouble: la malade émet de 3 à 4 litres d'urine lactescente ne s'éclaircissant pas par le repos et déposant abondamment au fond du récipient. Cette pyurie présente des intermittences caractéristiques. L'urine contient plus d'albumine que n'en représente le pus; le dépôt renferme des cylindres hyalins et granuleux, des leucocytes et de nombreuses bactéries. Par la cystoscopie on voit sourdre par l'orifice urétéral « une urine purulente qui s'écoule en bavant sous forme d'un ruban flexueux qui s'amasse dans le bas-fond ».

Le cathétérisme nous renseigne sur la valeur fonctionnelle des deux reins.

L'*albuminurie* est un symptôme très inconstant et bien difficile à interpréter; la néphrite pouvant exister antérieurement au fibrome et évoluant parallèlement à celui-ci sans en être influencé; d'autres fois, le fibrome crée la néphrite ou seulement l'aggrave; on le voit, il est difficile de faire la part de ces deux facteurs dans la production de l'albumine. Si nous nous en rapportons aux statistiques des auteurs, citées par Vénot, elle n'est pas fréquente chez les fibromateuses :

Sur 200 hystérectomies pour fibrome, Lauwers en rapporte 4 cas.

Sur 100, Cullingworth en rapporte 2.

Sur 100, Anna Baltischwiller en rapporte 2.5.

Et sur 200, Boursier en rapporte 8.

De plus, la quantité d'albumine est très variable, oscillant de 50 centigrammes à 5 et 6 grammes par litre.

Toutes ces lésions ayant pour aboutissant final l'*altération du tissu rénal*, c'est donc en somme en phénomènes d'insuffisance rénale que se résumera la symptomatologie de ces accidents. Ce sont des phénomènes d'urémie latente qui se manifestent par des troubles gastriques: inappétence, nausées, vomissements, dysphagie buccale, diarrhée; ou bien des troubles cérébraux: céphalée, somnolence, coma. Il faut savoir interpréter ces faits afin de remonter à leur vraie cause, et rapidement, afin de pouvoir intervenir, alors qu'il en est temps encore.

Il est d'autres complications, graves, mortelles même des fibromes, et celles-ci *d'origine purement vésicale*. Ce résér-

voir, distendu et aminci, exposé au traumatisme par sa situation haute, devenir le siège d'une rupture. Nous ne savons pas jusqu'à quel point on peut incriminer le traumatisme, dans tous les cas, il est fort probable que la rupture est toujours préparée par des altérations vésicales. La gangrène avait été le seul agent de la perforation dans le cas de VINCENT. Chez les malades de DEMARQUAY et de LISFRANC, les parois avaient été amincies et usées par la compression.

La *péritonite* est la conséquence fatale de ces perforations vésicales. Sur 5 observations de mort par compression de la vessie, PELLANDA, dans sa thèse, enregistre 4 morts par péritonite. « La paroi vésicale, lentement amincie, ne s'est rupturée que tardivement dans le péritoine, ou bien avec un orifice constitué depuis longtemps l'accrolement intime de la vessie et de la tumeur, favorisé peut-être par des adhérences anciennes, rendait-il hermétique la fermeture de l'appareil vésical à ce niveau ».

L'infection ne reste point toujours limitée aux parois de la vessie, elle peut s'étendre de proche en proche, gagner le tissu périvésical et déterminer une péricystite. Pour se défendre, l'organisme établit des barrières fibreuses autour de ce foyer infectieux, des *adhérences* sont constituées créant une complication nouvelle; car à la suite de manœuvres de redressement, ces adhérences peuvent être rompues occasionnant une péritonite qui enlève rapidement la malade. Même lorsqu'elles résistent, ces adhérences constituent un danger, car elles immobilisent souvent la vessie dans des positions vicieuses fatalement persistantes. Au cours de l'opération, ces adhérences causent de sérieux ennuis au

chirurgien qui, en dégageant la vessie, court grand risque de la blesser.

Malgré tout, la *péritonite* reste rare et la conclusion que nous devons tirer de cette étude, c'est que dans les complications urinaires des corps fibreux, *le mal est à l'utérus et le danger aux reins*. Aussi, toute intervention devra-t-elle être précédée de l'examen attentif des fonctions rénales. Examen chimique des urines pour nous éclairer sur l'élimination de l'urée et des chlorures, examen clinique complet avec cystoscopie et cathétérisme des uretères, car nous ne saurions négliger ces deux précieux procédés d'investigation que la technique moderne met entre nos mains.

CHAPITRE IV

Cystoscopie

Dans les cas où un fibrome présente des complications urinaires d'origine vésicale, nous avons déjà signalé l'intérêt qu'il y a à être parfaitement renseigné sur la position exacte de la vessie. Au point de vue opératoire, cette connaissance est des plus précieuses car elle épargnera au chirurgien bien des mécomptes. Nombreuses sont en effet les observations où des chirurgiens, cependant fort habiles, ont blessé la vessie. C'est dire tout le soin avec lequel il faudra essayer de délimiter cet organe.

L'inspection, parfois, plus souvent la palpation et la percussion, mais surtout le toucher vaginal par la localisation de la tumeur, nous permettent de faire ce diagnostic de position; mais il est des cas plus difficiles où nous sommes réduits à faire des conjectures. C'est dans ces cas surtout qu'il peut être utile de faire la cystoscopie.

Mais la cystoscopie n'est pas toujours aisée chez les fibromateuses: soit que le col vésical soit comprimé par un fi-

brome sous-isthmique ou que la vessie soit entraînée par un utérus en rétroversion.

Dans la compression du col, il peut être difficile d'introduire le cystoscope, l'urèthre étant écrasé entre la symphyse et la tumeur. Une fois dans la vessie on pourra éprouver de la peine à manœuvrer son instrument qui le plus souvent est dévié. Dans l'observation XXXIII, le cystoscope était dévié de gauche à droite et d'arrière en avant. Les fibromes juxta-cervicaux à développement antérieur, soulèvent le bas-fond vésical comme le ferait une prostate hypertrophiée, se détachant en mamelon rosé sur un fond plus foncé. On peut même voir, quand la rétention est ancienne, des vessies à colonnes et à cellules. La recherche des urèthres, tout comme chez les prostatiques, est toujours délicate.

Dans les vessies en rétroversion, même difficulté d'introduction, même difficulté de manœuvre intra-vésicale. Pour pénétrer dans la vessie de sa malade, M. Papin dut « abaisser fortement le pavillon de l'instrument entre les cuisses de la malade, presque verticalement ». La maigreur de la femme le servit admirablement, car la tache lumineuse rosée, visible extérieurement, remontait jusque dans le voisinage de l'ombilic. Intérieurement, on ne vit qu'une surface rouge et des parois vésicales séparées, seulement par une mince lame de liquide.

Quand le fibrome est volumineux et quand, pesant lourdement sur la vessie, il l'écrase sur le plancher pelvien, la cystoscopie peut être impossible car la capacité vésicale peut n'être plus suffisante pour permettre l'exploration cystoscopique.

Par le cystoscope, on peut encore se rendre compte de l'état de la vessie elle-même; c'est ainsi que seront décelés des foyers limités de cystite; la rougeur du bas-fond vésical nous donnera l'explication de certaines pollakiuries intenses avec ténesme. Dans certains cas, exceptionnels, il est vrai, de petits fibromes de la paroi antérieure de l'utérus qui ont échappé au doigt explorateur, nous seront révélés par le cystoscope. Certaines hématuries peuvent égarer notre diagnostic, surtout si le fibrome est assez discret dans sa symptomatologie, mais la meilleure façon de se renseigner c'est évidemment d'aller voir dans la vessie pourquoi elle saigne. Nous citons cependant le cas de Loumeau où la cystoscopie ne fit que confirmer une erreur clinique; c'est une simple erreur d'interprétation que nous croyons tout à fait exceptionnelle.

Il est intéressant aussi de faire la cystoscopie après l'opération, afin de voir si la vessie n'a pas été trop déformée par l'acte opératoire, parce qu'il arrive parfois que l'intervention crée une espèce de bas-fond en arrière de la saillie du col; nous pouvons observer alors de vrais symptômes de prostatisme, le moignon utérin remplissant le rôle de la prostate.

On a même signalé de petites rétentions vésicales qui exposent la malade à tous les dangers de l'infection ascendante. On pourrait ainsi, grâce à cette exploration post-opératoire, être amené à intervenir comme dans les cas de cystocèle par une colporrhaphie antérieure.

Il va sans dire qu'après l'hystérectomie totale, on ne s'expose pas à ces petites rétentions, nous ne pensons pas toutefois que cette considération soit d'un poids suffisant pour

faire pencher la balance en faveur de cette intervention, car ces rétentions sont plutôt rares, du reste la sub-totale nous offre par ailleurs de trop nombreux avantages pour que nous y renoncions.

Devons-nous systématiquement examiner au cystoscope toutes les femmes porteuses de fibromes qui présentent des troubles de la miction d'origine vésicale? Non, car bien souvent les procédés cliniques habituels d'investigation sont suffisants pour nous renseigner sur les déplacements vésicaux. Mais dans les cas difficiles où un doute persiste, en présence de symptômes dont nous ne saisissons pas bien la cause, nous demanderons au cystoscope de nous éclairer sur les déformations de la vessie et sur les anomalies qu'elle nous présente. Vouloir substituer le cystoscope aux moyens courants d'exploration, presque toujours excellents, serait bien dangereux; il doit les compléter, les contrôler, mais non les remplacer.

CHAPITRE V

Traitement

En présence d'une fibromateuse qui a des troubles de la miction, quelle *conduite* allons-nous tenir? Interventionniste à outrance, allons-nous opérer toutes nos malades; ou bien, praticien timoré, allons-nous toujours attendre, jusqu'à ce que des symptômes graves viennent nous forcer la main? Nous ne croyons pas qu'une simple formule puisse répondre à cette question. Car en clinique, les malades se présentent sous des aspects ondoyants et variés et, seule, l'observation attentive des faits peut inspirer notre thérapeutique.

Parfois, la malade se présente à nous avec un fibrome qu'elle soupçonne à peine tant il est discret dans sa symptomatologie: c'est-à-peine si quelques hémorragies, si des mictions plus fréquentes et un peu douloureuses à l'époque des règles, viennent lui rappeler une fois tous les mois qu'il se passe quelque chose d'anormal dans son ventre. Dans ce

cas, surtout si la femme approche de la ménopause, nous croyons qu'on peut lui conseiller d'attendre, mais il faudra alors mettre ce fibrome en surveillance, et se tenir prêt à intervenir au premier signal. La *pollakiurie* intense et l'*incontinence* sont deux bonnes indications opératoires.

Dans les cas de *réten tion*, le danger peut devenir plus pressant. Et d'abord, il est évident qu'avant tout, il faut évacuer la vessie, suivant la technique habituelle, avec une sonde de petit calibre, et en plusieurs fois, pour ne point exposer la malade à des hémorragies *a vacuo*. Nous n'insisterons pas sur la nécessité de le faire avec la plus grande propreté, car le danger de l'infection doit en quelque sorte toujours hanter notre esprit. Quand nous aurons ainsi paré au plus pressé, allons-nous systématiquement opérer toute femme qui viendra à nous avec une rétention? Oui, si cette femme a déjà présenté des phénomènes de rétention; oui, si la rétention ne cède pas rapidement au sondage; oui,* si la tumeur enclavée n'est point facilement mobilisable.

Mais quand la rétention est *accidentelle*, qu'elle disparaît rapidement et que la tumeur se laisse facilement déplacer on pourra encore différer; si toutefois, la rétention venait à se reproduire, il ne faudrait pas rester sourd à ce second avertissement, et par une temporisation dangereuse, faire perdre à la malade le bénéfice du traitement chirurgical. Hidd et Jude Hue ont eu la bonne fortune d'épargner l'opération à leurs malades, en redressant l'utérus, rétroversé et en le maintenant en position à l'aide d'un pessaire. Chez les femmes qu'une intervention effraie, nous recommandons cette pratique, quand leur utérus rétroversé sera la cause de la rétention; en attendant l'opération on

appliquera également ce procédé chez toutes les femmes dont l'utérus sera en rétroversion.

Lorsque l'infection a envahi la vessie, alors il faut tout craindre, et ne point s'attarder à des moyens palliatifs, car le temps presse et l'infection ascendante peut nous devancer. D'autant que ces infections vésicales peuvent résister à tout lavage antiseptique, l'utérus étant une cause incessante de réinfection. L'opération sera donc hâtive, car attendre des symptômes révélateurs de l'invasion rénale serait s'exposer souvent à arriver trop tard.

Si les voies supérieures sont prises, la partie n'est point encore perdue. Voici ce que nous dit à ce sujet M. le Professeur Pozzi « on a pu voir des accidents de pyélite suppurée ou d'albuminurie avec menace de phénomènes urémiques, disparaître après ablation d'un corps fibreux qui comprimait les uretères. Il nous en a lui-même donné une belle observation. Il s'agissait d'un corps fibreux de l'utérus compliqué d'hydronéphrose suppurée unilatérale, la malade opérée, guérit complètement.

Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi; quelques morts attribuées aux hystérectomies ou aux castrations reconnaissent, pour cause des lésions rénales, souvent méconnues, auxquelles l'intervention chirurgicale et la longue inhalation des anesthésiques, ont donné une gravité subite. POURRAT a vu, dans le service du Dr Polaillon, une malade à qui ce chirurgien fit l'hystérectomie, opération qui se compliqua d'anurie, bientôt suivie de mort. L'opération ayant été parfaitement conduite, on songea à quelque chose de rénal; cette hypothèse fut confirmée par l'autopsie au cours de laquelle on trouva une dégénérescence kys-

tique du rein. Et ceci nous amène aux contre-indications opératoires.

Quand les deux reins sont compromis, il est alors trop tard, et l'opération ne ferait que hâter le dénouement fatal. L'infection unilatérale est, au contraire, une pressante indication; il faudra néanmoins, avant d'intervenir, être édifié sur l'état de l'autre rein.

En présence d'*albuminuriques*, quelle sera notre conduite? Sur cette question, les avis sont partagés. DOYEN, dans son rapport d'Amsterdam, écrit que « l'albumine est, non pas une contre-indication, mais une des indications les plus impérieuses de l'intervention chirurgicale ». JACOB et DELAGENIÈRE ne partagent pas sa façon de voir, ils s'abstiennent d'opérer les albuminuriques brightiques. « Et cependant, nous dit Vénot, plusieurs ont été sauvées ». On a même vu des urémiques échapper, grâce à l'opération, à une mort certaine. La malade de Brin faisait de l'urémie cérébrale.

Il est bien entendu que l'opération ne fera pas disparaître l'albuminurie des Brightiques, mais elle les mettra à l'abri des complications rénales des fibromes. Parfois, cependant, elle donne un coup de fouet à la néphrite évoluant antérieurement et l'on a publié des observations d'urémies post-opératoires, relevant d'affections anciennes. Nous avons déjà cité l'observation de Pourrat; on pourrait y en joindre d'autres.

Il ne faut donc point se baser sur un symptôme aussi inconstant que l'*albumine*, comme nous ne cessons de le répéter, il n'y a qu'une contre-indication opératoire, c'est l'al-

tération du filtre rénal, dont nous devons toujours nous enquérir, par tous les moyens d'investigation.

Aux malades pusillanimes que la perspective d'une opération effraie à tel point qu'elles refusent toute intervention, restant sourdes aux plus sages conseils de leur médecin, nous appliquerons le *traitement médical*, nous l'appliquerons également à ces femmes porteuses de fibromes « innocents », suivant l'expression de M. RECLUS. Mais, pour ne point avoir trop de désillusions, il ne faut pas trop attendre de lui, car il constitue avant tout un traitement symptomatique, le traitement chirurgical constituant le seul traitement rationnel et vraiment curatif des fibromes.

Plusieurs voies s'offrent à nous pour arriver sur la tumeur, laquelle suivrons-nous? La *voie vaginale* n'est qu'une voie d'exception, elle sera cependant la seule utilisée pour aborder les corps fibreux de la portion vaginale du col ou les polypes de la cavité utérine. C'est par le vagin aussi que nous atteindrons les fibromes situés dans l'épaisseur du corps si près de la muqueuse qu'on peut leur donner le nom de sous-muqueux. On fera tantôt une polypectomie, tantôt une myomectomie, quant à l'hystérectomie vaginale, elle tend de plus en plus à disparaître.

La *voie abdominale* sera le plus souvent suivie. Ici encore, nous avons à choisir entre diverses interventions. M. Pozzi pratique la *myomectomie* « si le fibrome est unique, si son volume ne dépasse guère celui du poing, s'il ne paraît pas pénétrer dans la cavité utérine et si les annexes, au moins d'un côté sont saines ». Chez les femmes jeunes, chaque fois qu'elle sera possible, il faudra toujours préférer cette opéra-

tion, car elle laisse intact leur appareil génital. Mais, même chez les femmes qui approchent de la ménopause, M. Pozzi n'hésite pas à pratiquer la myomectomie, bien que ces femmes supportent assez bien les troubles d'insuffisance ovarienne consécutifs à la castration.

L'*hystérectomie sub-totale* sera préférée, à moins d'indications spéciales à l'*hystérectomie totale*, car elle est plus simple, plus rapide, et présente une gravité opératoire moindre. Nous ne saurions, sans sortir des limites que nous nous sommes imposés, entrer dans des détails de technique, nous soulignerons simplement, en y insistant un peu, l'importance parfois considérable, que prend la vessie dans ces interventions.

La vessie, *remontée et étalée* au-devant de la tumeur, court grand risque d'être entamée par le bistouri; la possibilité de cet accident doit toujours être présente à l'esprit. Nombreux sont les cas où elle a été ouverte. Aussi « doit-on, avant toute manœuvre opératoire, sur la face antérieure de l'utérus, se rendre compte d'une façon précise de la limite supérieure de la vessie, et au moindre doute s'en assurer par l'introduction d'une longue sonde d'homme dans la vessie ». Les vessies en sablier présentent un danger tout particulier; le chirurgien ayant sondé la malade, s' imagine avoir vidé la vessie, alors qu'il n'a vidé que la poche inférieure; la poche supérieure encore distendue par l'urine vient sous le bistouri, s'exposant d'autant plus facilement à être blessée que l'opérateur est persuadé d'avoir évacué toute l'urine.

Dans les cas de *position haute* de la vessie, pour ne pas léser cet organe, il faut recourir à une technique un peu

particulière. L'incision classique étant faite, on ouvrira le péritoine au voisinage de l'ombilic, afin de tomber dans le cul de sac utéro-vésical. Jessett, chez sa malade, dut prolonger son incision au-dessus de l'ombilic. Il faudra alors, suivant le conseil de M. Lejars, « inciser le péritoine pré-utérin le plus haut possible et commencer de très haut en bas le travail de dissection ou plutôt de dénudation progressive à la compresse; dans ce travail on devra toujours se tenir au contact même de la tumeur, isoler sur elle, frotter sur elle et ce sera le meilleur moyen d'éviter la vessie et les uretères. On poursuivra cette libération progressivement, doucement, méthodiquement, aussi bas qu'il sera nécessaire, aussi loin qu'il le faudra sur les côtés. Dès qu'on aura atteint le bord inférieur de la tumeur, et alors seulement elle se laissera relever, assez, du moins, pour qu'on puisse sectionner la partie toute déclive du col ou la paroi vaginale. »

Les *adhérences* et l'*inclusion* dans les ligaments larges compliquent désagréablement ce travail de dissection; il est des cas où il faut en quelque sorte sculpter la vessie perdue dans un amas fibreux; presque fatalement alors elle est vouée au traumatisme. Dans les tumeurs incluses, ce n'est point seulement la vessie qui est en danger, mais encore les uretères, car on ne sait pas d'avance où ils sont.

Cette vessie ouverte, allons-nous la laisser se refermer seule? Cette conduite était peut-être la plus prudente, il y a une vingtaine d'années, car les cas de réunion immédiate n'avaient pas donné de résultats bien encourageants. A peine si la réunion par première intention était obtenue dans un tiers des cas. En 1883 déjà, pour une rupture vésicale

de 20 centimètres s'étendant sur la portion extra et intrapéritonéale, M. Pozzi obtint un beau succès. Il avait fermé la vessie exactement par des sutures du côté de la cavité péritonéale tout en la laissant largement béante à l'extérieur et en provoquant une facile évacuation de l'urine à l'aide d'un double siphon. Mais avec les progrès de la chirurgie, la technique s'est modifiée et aujourd'hui, grâce à la suture par étages les succès sont devenus nombreux.

En 1889, M. Pozzi nous offre une belle observation. La vessie très allongée, est déchirée sur une étendue de 13 centimètres, la plaie fut refermée par une double suture continue au catgut. La malade a parfaitement guéri, bien qu'elle eût retiré la sonde à demeure, le sixième jour, ce qui a provoqué une désunion partielle.

La même année, RICARD nous rapporte 3 cas de plaies chirurgicales de la vessie où la réunion immédiate fut recherchée et obtenue. Depuis, les succès opératoires se sont multipliés. « On doit, même dans les plaies très étendues de la vessie, tenter la réunion immédiate avec une suture continue au catgut à deux ou trois étages superposés. Une sonde à demeure molle, munie d'un tube formant siphon sera maintenue dans la vessie pendant dix jours. » C'est M. Pozzi qui nous donne cet excellent conseil. SANGER, dans un cas d'ouverture accidentelle de la vessie, se contenta de fermer le péritoine autour et au-dessus du pédicule vésical. Il y eut guérison sans fistule.

Les résultats opératoires sont le plus souvent excellents; on voit les troubles disparaître avec la cause qui les produisait. Mais, parfois, pendant quelques jours, on voit persister de la rétention et ceci ne doit point nous surpren-

dre ; ne voyons-nous pas des malades dont les organes urinaires sont parfaitement sains, faire leur petite rétention à la suite d'une cure radicale de hernie, par exemple ? Rien d'étonnant, alors qu'une vessie distendue mette quelque temps à retrouver son fonctionnement normal. Le plus souvent, après quelques sondages, tout rentre dans l'ordre. Il est des troubles plus persistants qui résistent à l'opération. Vénot nous signale la pollakiurie et le ténesme. « Dans ces cas qui peuvent être rebelles, JACOB conseille de n'employer ni lavage ni cautérisations de la muqueuse. Il propose le massage aidé parfois de l'électricité ». Le massage se fait avec l'index placé dans le vagin, la pulpe du doigt regardant le pubis. Presque toujours, 10 à 12 séances suffisent. Les cystites qui résistaient à tout traitement, maintenant que la cause de leur persistance a disparu, ne demandent plus qu'à guérir par la thérapeutique habituelle.

Au cours de ces trente dernières années, le traitement médical des fibromes a perdu un peu chaque jour de son vaste domaine, cédant le pas au traitement chirurgical, qui lui étendait chaque jour le sien. Cependant, il ne nous paraît pas devoir disparaître de la thérapeutique, car dans les cas où les indications opératoires ne sont pas très nettes, il pourra encore nous rendre de précieux services. N'agirait-il que sur les douleurs et les hémorragies ce serait encore pour lui, une raison suffisante de vivre.

OBSERVATIONS

Observation I. — DEMARQUAY. (*Bull. Soc. chir.* 1858-59, p. 126).

« Une jeune femme de 24 ans est vue par Monod et Depaul... Ils reconnaissent l'utérus qui remplissait tout le petit bassin où il était enclavé et dépassait de deux travers de doigt la symphyse pubienne.

L'état de la malade était inquiétant: fièvre et agitation continuelles..., contractions utérines fort douloureuses.. De plus, elle souffrait beaucoup dans le bas-ventre; elle n'avait de sommeil ni jour ni nuit. Elle éprouvait de grandes difficultés à aller à la garde-robe, on la sondait néanmoins avec assez de facilité... Il fut facile, à l'aide d'une éponge préparée de dilater suffisamment le col utérin pour bien étudier la position de la tumeur, de constater qu'elle était volumineuse et libre dans la cavité utérine et qu'elle prenait son implantation sur la paroi antérieure de cet organe... On constata aussi que la paroi antérieure de l'utérus et les deux parois de la vessie avaient été perforée dans l'étendue d'une pièce de cinq francs et que la vessie se vidait en partie par l'utérus. Une partie de l'urine cou-

lait encore par l'urèthre. Le doigt introduit en crochet dans la cavité utérine arrivait sur la symphyse pubienne. Deux ou trois jours après, la malade succombait aux suites d'une péritonite déjà ancienne et qui s'était généralisée en peu de jours.

« A l'autopsie, nous trouvons une péritonite généralisée et l'utérus enclavé dans le petit bassin. La paroi antérieure de cet organe et les deux parois de la vessie avaient été usées ou gangrénées dans l'étendue d'une pièce de cinq francs, de sorte que le polype venait s'appuyer sur la symphyse pubienne et que l'urine s'écoulait en partie dans la cavité utérine. »

Observation II. — LISFRANC (*Clinique de la Pitié*, 1843.
In thèse Pellanda).

« J'ai vu un cas dans lequel la cloison vaginale a été perforée par une ulcération qui a permis à la tumeur fibreuse de descendre dans le canal utéro-vulvaire et de pénétrer dans la vessie. L'ouverture qui avait donné passage à cette tumeur s'était peut-être rétrécie ou bien le volume de la tumeur s'était accru dans le réservoir urinaire de telle sorte qu'il était impossible de la réduire. La malade mourut le lendemain du jour où je la vis pour la première fois; elle avait présenté des symptômes de la lithiase urinaire.

Autopsie: Pédicule implanté sur la face postérieure de la cavité du col à un centimètre au moins de profondeur. Il s'engage à travers l'ouverture pratiquée sur la cloison vésico-vaginale. Cette ouverture dont les bords sont cicatrisés est arrondie et oblongue. Son grand diamètre est parallèle à l'axe du vagin, sa largeur est de 3 centimètres et sa longueur est de 4. Le polype situé dans la vessie a le volume d'un poing. Il est macéré et très ramolli superficiellement; d'ailleurs son tissu est fibreux, la membrane muqueuse vésicale est enflammée, ulcérée, épaisse. »

Observation III. — VINCENT. (*In Lyon Médical, année 1896*).

La malade, âgée de 41 ans, entre dans son service le 6 mai sur le conseil du Dr Jamin qui venait de lui extraire, en 3 séances, 10 litres d'urines troubles, sanguinolentes et nauséabondes. Depuis deux jours, elle ne peut uriner et depuis quelques jours la défécation est aussi impossible que la miction.

Au premier examen on eût pu prendre la vessie distendue pour un kyste de l'ovaire, car elle remontait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Avec une sonde flexible d'homme, on retire deux litres d'urine trouble, sanguinolente et infecte. Lavage au permanganate. La vessie évacuée, on constate l'existence d'une tumeur solide, remontant moins haut que la vessie, à deux doigts au-dessous de l'ombilic et occupant toute l'excavation. Il est impossible avec le doigt d'ébranler la tumeur. On comprend qu'elle écrase le rectum en arrière et l'urètre en avant et soit ainsi la cause d'une coprostase et d'une rétention d'urine actuellement invincibles. Les urines sont albumineuses.

M. Vincent fait l'hystérectomie abdominale par un procédé qui tient de celui de M. Guérmonprez et de Doyen: il enlève tout l'utérus. La vessie a été ménagée avec le plus grand soin parce qu'elle avait dans ce cas le rôle le plus dangereux, d'autant, qu'outre son développement énorme elle était gangrénée; la gangrène n'était arrivée à détruire toutes les tuniques de la vessie qu'en avant, derrière la symphyse pubienne. On fixa par quelques points la paroi antérieure de la vessie avec la paroi abdominale, puis on y plaça des drains comme on le fait pour la cystostomie sus-pubienne, et, en outre, une sonde de Pezzer fut mise à demeure du fond de la vessie au méat.

Opérée le 9 mai, cette malade est morte le 12 en état d'hypothermie. La malade n'a eu de vomissements que deux heures avant sa mort. L'autopsie n'a pas été accordée.

Observation IV. — A. POCRET (*in thèse Deleuze, 1901*).

« J. M., 40 ans. Trouvée sur la voie publique et dans une démence absolue qui la rend incapable de fournir le moindre renseignement; son admission est motivée par une plaie sans gravité du pied droit.

Etat général bon., fonctions intestinales régulières... mictions normales... mais le soir et surtout la nuit est fréquemment en proie à des accès de délire aigu nécessitant l'emploi de la camisole de force...

A la suite d'une crise plus forte que les précédentes, l'état général devient brusquement assez mauvais; la malade refusa la nourriture; elle eut quelques vomissements, le ventre se ballonna légèrement, son exploration était très douloureuse et la température monta à 39°. Le surlendemain, l'état devint très grave, brusquement la température s'élève à 40°: facies grippé, pouls petit, ventre très ballonné avec un peu de matité dans les flancs; quelques vomissements porracés; constipation absolue. Cependant les mictions continuent à s'effectuer spontanément et les urines ne contiennent pas de sang. On diagnostique une péritonite.

Laparotomie (par X. Delore). A l'ouverture du péritoine, il s'écoule environ un litre de liquide rougeâtre: le péritoine est enflammé et présente quelques fausses membranes; pas de pus... Il est impossible de trouver la cause de la péritonite: la gravité de l'état général oblige à terminer rapidement l'intervention... on n'explore pas spécialement la vessie... Mielkuliez... Pansement.... Mort quarante-huit heures après le début des accidents.

Autopsie: La cavité péritonéale contient une certaine quantité de liquide rougeâtre; il existe sur la séreuse quelques fausses membranes inflammatoires, mais le tube digestif et ses annexes sont sains.

L'utérus est bourré de fibromes interstitiels durs, quelques-

uns calcifiés, dont le volume varie de la dimension d'une noisette à celui d'une petite pomme. Explorant alors le cul de sac vésico-utérin, on constate sur la face postérieure de la vessie, dans sa portion sous-péritonéale, une rupture complète de la paroi vésicale mettant ainsi en communication les cavités péritonéale et vésicale.

La déchirure, dirigée transversalement, de forme linéaire, présente environ 2 centimètres de longueur; ses bords sont déchirés, amincis, usés, et cet aspect d'usure se remarque également sur tout le pourtour de la rupture. Dans cette portion de la vessie, sur l'étendue d'une pièce de cinq francs à peu près, la paroi est amincie, comme usée par un frottement continu du côté de sa face péritonéale qui est en contact avec un noyau fibromateux de l'utérus, sans qu'il existe cependant aucune adhérence entre les deux organes. A part cela, la vessie ne présente aucune lésion appréciable; elle n'est pas distendue; sa muqueuse est absolument saine. »

Observation V. — FCRESTIÉ (*In thèse Pourrat*).

Malade âgée de 43 ans; toujours bien réglée. Depuis ses dernières couches, il y a dix ans, son ventre a toujours été très gros, mais pendant ces dix dernières années sa santé a néanmoins été excellente.

Depuis huit mois son ventre a augmenté de volume; cependant il ne s'en est pas suivi une gêne bien considérable: pas de troubles de la miction ni de la défécation. Le 4 octobre, veille de l'apparition de ses règles, elle fut prise d'un violent frisson avec tendance syncopale; défaillances.

Depuis lors, plus de garde-robes malgré plusieurs lavements; le ventre s'est météorisé et il est survenu de l'incontinence d'urine.

La palpation abdominale fait découvrir sur la ligne médiane une tumeur volumineuse, peu mobile, en dessus de l'arcade pu-

bienne. Le toucher vaginal nous apprend que l'utérus est abaissé, qu'il est immobile, que le col n'est pas ramolli, autour de l'ouverture on trouve plusieurs tumeurs sessiles faisant bourrelet.

Par le cathétérisme on ne retire que 150 à 200 grammes d'urine, de sorte que le volume de la tumeur n'est pas sensiblement diminué. Les urines sont claires et limpides et ne contiennent pas d'albumine.

Les jours suivants, le météorisme augmentant, pour soulager la malade on fait à plusieurs reprises des ponctions intestinales; elle laisse échapper ses urines. L'état général devient de plus en plus mauvais, la malade meurt le 31 de péritonite.

Autopsie: L'utérus est en rétroversion..., dans sa paroi postérieure on trouve une tumeur fibreuse du volume d'un poing d'adulte..., sur le col petites nodosités du volume d'une noix.

La vessie contient 308 gr. d'urine claire; mais elle forme une poche plus grande que l'estomac, remontant jusqu'à 3 travers de doigts au-dessous de l'ombilic. De chaque côté elle se contracte des adhérences avec les annexes de l'utérus qui la font s'étaler en éventail au-devant de la tumeur.

Observation VI. — CABOT (*Boston Med. and Surg. Journal* 1887.
In thèse Pourrat).

« Je vis une femme de 70 ans qui était affligée, depuis des années, d'une tumeur fibreuse de l'utérus de volume modéré. Elle avait eu longtemps de la polyurie et un an avant que je la visse, à la suite d'une chute, elle eut une crise aiguë d'inflammation pelvienne avec aggravation des symptômes urinaires. L'urine, à cette époque, se chargea de pus et durant l'année qui précéda sa mort elle urina plusieurs fois des particules phosphatiques. La douleur vésicale augmenta progressivement, la miction devint très fréquente avec ténisme presque constant, et elle mourut d'urémie avec anurie.

Autopsie: Un fibrome pesant 4 livres et demie se détachait de la paroi antérieure de l'utérus, bloqué par des adhérences inflammatoires très fortes... Vessie rétractée, uretères comprimés par la tumeur au niveau du détroit supérieur... Bassinets dilatés remplis de concrétions phosphatiques. Nous avons à faire à une obstruction des uretères par compression due à un fibrome utérin aboutissant à la pyélite et à la mort par pyélonéphrite et anurie. »

Observation VII. — DEMARQUAY ET RONDOT.

(*Bul. Société Anatomique* 1875. *In thèse Pourral*).

Femme de 48 ans, entrée dans le service pour une rétention d'urine qui remonte à 4 jours. Il n'y a jamais eu de signes de métrite, pas de leucorrhée, pas de métrorrhagies. Le cathétérisme est difficile, douloureux, ramène une petite quantité d'urine. Du côté du ventre on sent une induration manifeste à quelques centimètres au-dessus du pubis ainsi que dans la fosse iliaque droite. Œdème des membres inférieurs. Pas d'albuminurie. Quinze jours après son entrée, vomissements, ballonnement du ventre, fièvre, pouls à 140, douleurs vives des reins, face grippée, peu de réaction à la palpation abdominale. Tendance à la syncope. Mort.

Autopsie: Une grande quantité de liquide purulent s'échappe à l'ouverture de l'abdomen. Le péritoine épaissi semble doublé de fausses membranes sur la totalité du feuillet pariétal. Deux tumeurs kystiques occupent le petit bassin; elles contiennent du pus. Un corps fibreux du volume du poing est développé sur la face antérieure de l'utérus. Il exerce sur la vessie qu'il écrase contre le pubis une telle pression qu'on éprouve de la difficulté à introduire la main dans la vessie aussi aplatie. »

Observation VIII. — TUFFIER (*in thèse Vergely*).

Une femme de 58 ans, n'étant plus réglée depuis 7 ans, se plaignait depuis cinq ans d'avoir de fréquents besoins d'uriner, revenant toutes les demi-heures le jour et cinq ou six fois la nuit. La miction était douloureuse surtout au moment de l'issue des dernières gouttes. Depuis trois mois il y avait, à peu près tous les deux jours, du sang dans les urines.

La malade étant venue à ce moment à la consultation de Necker, on examina son urine qui contenait du pus et du sang. L'exploration de la vessie donnait un résultat négatif. Le diagnostic porté fut cystite a frigore probable, et on la traita par la thérèbentine et par des instillations. Quinze jours après, son état s'était tellement aggravé que la malade fut hospitalisée aussitôt. En la touchant le lendemain, on sentit un petit polype muqueux pédiculisé à la lèvre postérieure. M. Guyon enleva ce polype par torsion. Le seul traitement institué fut : des injections vaginales et le repos au lit. Un mois après, la malade était en voie de guérison.

Observation IX. — HIDD. (*Journ. de So. Med. Dublin*, 1872).

A. D., célibataire, âgée de 45 ans. Pendant les cinq derniers mois, elle avait fréquemment souffert d'une rétention d'urine, cinq fois on avait dû la sonder. En l'examinant, nous trouvâmes une tumeur fibreuse qui émanait de la paroi postérieure de l'utérus, siégeait dans la concavité du sacrum et repoussait la matrice contre le col de la vessie. La tumeur se trouvait fixée dans cette position. Je tentai de la mobiliser avec la main en pressant sur elle à l'aide d'un doigt introduit dans le vagin. A cette fin, je plaçai la femme sur les genoux et sur les coudes; mais je ne pus provoquer aucun déplacement.

Alors j'eus recours à la méthode suivante. J'introduisis dans le rectum un des sacs de caoutchouc de Barnes, puis je poussai

de l'eau dans cette poche au moyen d'une seringue. Comme je distendais le sac, celui-ci éleva graduellement la tumeur au-dessus du détroit supérieur et permit au col utérin de reprendre sa position normale. Je retirai alors le sac et plaçai dans le vagin l'un des pessaires de Hodge.

J'ai revu cette femme, un an et quelques jours après l'élévation de sa tumeur dans l'abdomen. Celle-ci était restée au-dessus de l'excavation pelvienne, et la malade n'avait plus éprouvé, depuis lors, de difficulté à uriner.

Observation X. — JUDE-HUE. (*Bul. Soc. Chirurg.* p. 596.
In thèse Pourrat).

Veuve de 47 ans. Deux enfants.. sujette depuis trois ou quatre ans à des constipations opiniâtres, fréquemment suivies de diarrhées. Règles habituellement douloureuses, et des troubles notables existaient du côté de la miction.

Depuis quelques mois, ces divers symptômes s'étant aggravés, la malade ne pouvait plus faire une promenade de cinq minutes sans être tourmenté par le besoin d'uriner; et souvent elle n'avait conscience ni du commencement, ni de la fin de l'émission.

L'urine contenait, d'ailleurs, une faible proportion d'albumine. A l'examen, on constata une tumeur solide, indolente, ayant le volume d'un utérus à cinq mois de gestation et qui s'élevait du petit bassin jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. L'excavation pelvienne était remplie par cette tumeur d'une dureté fibreuse. Le rectum était comprimé par la masse à tel point que le doigt introduit dans sa cavité ne pouvait pénétrer au-delà de l'obstacle. Hue, ayant mis la malade en travers de son lit, dans la position sur les genoux et sur les coudes, les reins abaissés, parvint à l'aide de deux doigts, portés tantôt dans le vagin, tantôt dans le rectum, à ébranler la tumeur intrapelvienne, puis à la repousser peu à peu jusque dans la grande cavité abdominale. Le lendemain, son état était des plus satis-

faisants; un intervalle de quatre heures s'était écoulé entre chaque miction; la santé continua de s'améliorer jusqu'à complet rétablissement ».

Observation XI. — BOURDON. (*Bul. Soc. Anat.* 1871, p. 332.
In thèse Pourrat).

Malade de 41 ans. Règles douloureuses survenant avec une grande régularité, mais plus abondantes de mois en mois. Quelques hémorragies dans l'intervalle. Son ventre grossit de plus en plus, les règles sont suspendues; amaigrissement rapide, nausées, vomissements, marche impossible, constipation opiniâtre, la miction est profondément troublée; la malade urinait d'abord 10 ou 12 fois dans les vingt-quatre heures, puis au moment des crises qui apparaissaient fréquemment, la vessie distendue par l'urine, cessait de pouvoir se contracter pour ne se vider que dans les moments de calme. A la palpation, tumeur régulière, sans bosselure, très dure, remplissant toute la cavité abdominale. Cette tumeur est immobile. Au-dessus de la symphyse se voit une saillie ovoïde qui est formée par la vessie. Le cathérisme ne peut être effectué qu'en abaissant fortement le pavillon de la sonde dont le bec est poussé en haut et en avant; on retire de la vessie une grande quantité d'urine; la malade n'urine qu'au prix de vives douleurs; elle a été sondée deux fois par jour, jusqu'à sa mort.

A l'autopsie, on constate que la malade a succombé à une péritonite... Fibrome sous-péritonéal développé sur le fond de l'utérus auquel il est rattaché par un large pédicule...

Observation XII. — BUDIN. (*Bul. Soc. Anat.* 1874, p. 531.
In thèse Pourrat).

Femme âgée de 52 ans. 7 enfants. En 1873 survinrent des pertes excessivement abondantes, qui persistèrent quoique moins

fortes à certains moments... Elle n'éprouvait aucune douleur dans le ventre, qui était assez volumineux. Au palper, on constatait l'existence d'une tumeur régulièrement globuleuse, arrondie, remontant jusqu'à l'ombilic... fluctuation évidente... pas d'ascite... Au toucher, on trouve une tumeur faisant saillie dans le vagin, elle avait le volume d'une tête de fœtus au 7^e mois... elle sortait à travers l'orifice du col utérin. Il n'existait aucun trouble de la défécation, aucun trouble de la miction; elle urinait sans jamais éprouver de douleurs.

La malade fut ponctionnée au Dieulafoy une heure après avoir uriné abondamment, on retira 1120 grammes d'urine; la tumeur vaginale avait diminué de volume... le lendemain la tumeur abdominale s'étant reproduite, on fit le cathétérisme de la vessie, on retira un litre d'urine, le ventre tomba... Quatre jours plus tard, la malade succombait à une phlébite utérine.

Autopsie: tumeur fibreuse faisant saillie dans le col et développée aux dépens de la partie inférieure du corps. Vessie et parois un peu distendues sans autre altération ».

Observation XIII. — LANCEREAUX ET BOUSSI.

(*Bul. Soc. Anat.* 1877, p. 574. *In thèse Pourrat*).

Malade de 60 ans, se présente pour une rétention d'urine. Régulièrement réglée. Il y a quatre semaines, en faisant un effort pour se baisser, elle éprouva dans région lombaire une douleur vive. Impossibilité d'uriner, constipation opiniâtre. Le ventre est très douloureux spontanément, la pression exaspère la douleur. Par la palpation on sent la vessie distendue par l'urine. Par le cathétérisme on retire, en effet, environ deux litres d'une urine claire, jaune citrine, sans albumine, ni sucre. Douleurs abdominales très vives... Vomissements... Mort par péritonite.

Autopsie. — La vessie est augmentée de capacité. La muqueuse est rouge injectée. Cette dilatation est la conséquence

de la tumeur utérine qui met obstacle à l'écoulement de l'urine. L'utérus a le volume d'une tête d'enfant. Sur sa face antérieure existent de fausses membranes purulentes et toutes récentes. Sur un point de cette face myome calcifié... Sur la partie gauche de la même paroi antérieure existe un autre corps fibreux sous-péritonéal qui ressemble à l'ovaire ».

Observation XIV. — TERRILLON. (*Bul. Soc. Chirur.* 8 janv. 1890.
In thèse Frayssé).

Mme P., âgée de 37 ans, a eu sept enfants. Vers l'âge de 34 ans, elle a vu son ventre augmenter progressivement. Celui-ci atteint 1 m. 65 cent. de circonférence. La nutrition est très troublée chez cette malade qui a beaucoup maigri et présente plusieurs phénomènes graves: de l'obstruction intestinale, de la difficulté de la miction et même de l'anurie passagère.

Le col de l'utérus est inaccessible par le toucher vaginal. La tumeur est plutôt molle que dure, mais non fluctuante. Je me décidai à intervenir en présence de ces phénomènes graves. J'ai rencontré dans cette opération toutes les difficultés que peut susciter l'ablation d'un fibrome inclus dans le ligament large. L'opération fut pratiquée avec le concours de M. Jalaguier.

La paroi abdominale, mince et peu saignante, fut incisée longuement du pubis jusqu'au-dessus de l'ombilic. La tumeur bosselée, divisée en plusieurs lobes, rouge, très vasculaire, était libre dans la plus grande partie de sa face supérieure, sauf quelques adhérences épiploïques situées en haut, immédiatement au-dessous du diaphragme; mais en examinant les rapports avec le bassin, je constatai que la tumeur qui la remplissait, était complètement incluse dans les deux ligaments larges.

L'opération fut des plus laborieuses; après avoir découvert la partie moyenne et superficielle de la tumeur, je procédai à la décortication profonde. Passant la main entre la tumeur que je suivais de près et l'enveloppe fibro-vasculaire, constituée par le ligament large épaissi, je pus détacher le fibrome au niveau du

bassin... Les urétéres appliqués contre la tumeur des deux côtés, furent séparés avec soin jusqu'à la vessie. Après avoir complètement détruit les adhérences dans le fond du bassin, je pus attirer le fibrome au dehors. Il ne tenait plus à ce moment que par un vaste pédicule constitué surtout par le col et par une partie du corps de l'utérus et par la vessie ainsi accolée à l'utérus et à la tumeur... L'opération avait duré deux heures... La malade quitta l'hôpital le vingt-cinquième jour et depuis vaque à ses occupations comme avant sa maladie.

La tumeur était un fibrome pesant dix-huit kilos, formée aux dépens de la face postérieure et des deux parois latérales de l'utérus.

Observation XV. — DAUVERGNE. (*Lyon Médical*, 1902.

In thèse Pellanda). "

« Malade portant depuis 8 ans une tumeur fibreuse de l'utérus ayant déterminé quelques jours avant son entrée à l'hôpital des signes d'anurie relative, survenue brusquement avec des signes d'intoxication urémique: dyspnée, vomissements, aggravation de l'état général.

La malade avait depuis 6 ans des règles très abondantes durant huit jours et éprouvait souvent des troubles de la miction. Ses urines étaient variables comme quantité et il restait toujours un peu de dysurie. Ces derniers temps, cinq ou six jours avant son entrée la malade fut prise d'un accès de rétention aiguë. Malgré de vains efforts, elle ne put uriner pendant près d'un jour. Le cathétérisme pratiqué par un médecin ne ramène pas d'urine; la vessie était vide... son état général s'aggravant, on intervient. M. Delore pratique l'hystérectomie abdominale totale avec ablation double des annexes. Pas de suites opératoires. Le lendemain de l'intervention, les urines étaient foncées, sans albumine, quatre jours après, la quantité d'urine s'élevait à 400 grammes, elles étaient plus claires. Le retour à la santé a été très rapide ».

Observation XVI. — E. LOUMEAU. (*Annales de la polyclinique de Bordeaux, janvier 1901. In thèse Izard*).

Femme, 39 ans. Régulée normalement. Mictions douloureuses dans l'enfance. Il y a 3 ans, petit polype urétral sur le compte duquel on met les troubles vésicaux, mais dont l'extirpation demeure sans résultats. Tiraillements constants vers l'urèthre, même en dehors des mictions, tantôt normales comme nombre, tantôt très fréquentes, revenant toutes les 10 à 15 minutes le jour, 5 à 6 fois la nuit, provoquées alors par de vives douleurs au col de la vessie et à l'hypogastre. Claires et limpides, les urines terminales deviennent sanguinolentes dès que les mictions se rapprochent et se font douloureuses.

Examen. — Masse pâteuse du volume d'une orange dans la région vésicale, remontant jusqu'à 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic. A l'examen cystoscopique sur la partie postéro-supérieure de la cavité vésicale, volumineuse tumeur recouverte par la muqueuse très congestionnée, mais lisse sans les saillies irrégulières qui caractérisent d'ordinaire les néoplasmes de la vessie.

Diagnostic. — Tumeur vésicale.

Opération. — Taille hypogastrique, vessie normale; le néoplasme est indépendant de la vessie et représente vraisemblablement un fibrome sous-péritonéal de la paroi antérieure de l'utérus.

Observation XVII. — HUGUIER. (*In thèse Guyon*).

Femme, âgée de 40 ans, ayant eu 10 enfants. A la suite d'une fausse-couche elle se plaint de douleurs dans le ventre; on constate alors une tumeur dépendant de l'utérus et faisant saillie dans le vagin.

Une sonde introduite dans la vessie est portée directement en arrière et en bas vers le coccyx et fait supposer que la tumeur est située entre cet organe qu'elle refoule en arrière et la paroi

abdominale. La malade se plaint d'envies fréquentes d'uriner et de difficultés à la miction. On pratique un cathétérisme de l'urèthre, comme la première fois la sonde est portée en arrière et un peu à droite; la vessie est donc aplatie et portée en arrière par la tumeur dont elle tapisse la paroi inférieure.

La tumeur augmente de volume; l'état général devient mauvais: dyspnée, douleur abdominale violente, agitation extrême... Le pouls est petit, filiforme; la malade présente les symptômes de la péritonite... La malade ne pouvant uriner, on pratique le cathétérisme; cette fois, la sonde n'est pas déviée, ce qui fait supposer que la tumeur s'est vidée dans le péritoine... Les vomissements augmentent... Les extrémités se refroidissent... La malade meurt avec les symptômes d'une péritonite.

A l'autopsie on trouve une tumeur du volume d'une tête d'enfant, incluse dans la paroi antérieure de l'utérus et remplissant le petit bassin. Le péritoine est enflammé, et présente un épanchement purulent.

La vessie entièrement cachée par la tumeur, n'est visible que par insufflation, qui la montre déjetée à gauche. La vessie est adhérente à la paroi antérieure du vagin.

Observation XVIII. — *In thèse Izard.*

Femme, de 45 ans. Réglée à 11 ans 1/2, elle a toujours été réglée avec la plus grande régularité. Il y a 15 mois, elle fit une fausse-couche. Il y a 4 mois, par hasard, elle a constaté dans le bas-ventre une tumeur assez volumineuse; la malade éprouve dans l'abdomen une sensation de pesanteur. Il n'y a pas de pertes blanches. La constipation est opiniâtre. Les urines sont claires, sans pus, albumine ni sucre, mais les mictions sont fréquentes, peu abondantes, suivies d'une exagération de l'impression continuelle de pesanteur dans le bas-ventre.

L'abdomen, au-dessus du pubis, est globuleux, sillonné par un riche réseau veineux tendu, luisant; une tumeur occupe tout

le petit bassin du côté droit, empiétant largement sur la fosse iliaque gauche, remontant en haut jusqu'à l'ombilic non hernié. Le col rigide est dirigé vers la droite.

Diagnostic clinique. — Fibro-myome de l'utérus. Hystérectomie supra-vaginale; fibrome enclavé dans le petit bassin, inclus dans le ligament large droit, développé aux dépens du corps à l'union du bord droit très élargi, et de la face antérieure; la vessie est directement appliquée sur le devant du néoplasme aplatie d'avant en arrière et légèrement déjetée sur la gauche; légères adhérences que l'on déchire facilement avec le doigt; énucléation en section supra-vaginale. Guérison.

Observation XIX. — REVERDIN.

In thèse Pourrat).

Mme D., 42 ans. Régulée d'une façon régulière; d'une santé habituellement bonne. Elle commença il y a quelques mois, à souffrir des reins; elle se plaignait de gêne dans le ventre, d'un grand poids; puis survinrent de la constipation et des troubles de la miction. La première fois que je la vis, elle venait d'avoir ce qu'elle appelait une de ses crises, c'est-à-dire une rétention d'urine très pénible; à plusieurs reprises ces accidents se reproduisent et me forcent à la sonder.

Par le toucher vaginal, on sent la cavité pelvienne remplie par une tumeur de forme généralement arrondie, bosselée à sa surface, très dure, lourde, paraissant peu mobile au premier abord.

Le col est petit, entr'ouvert, collé contre la vessie, créant de la sorte un obstacle mécanique au cours de l'urine. L'utérus est en antéversion. La tumeur était implantée à la partie supérieure de la face postérieure de l'utérus...

La malade, lasse de souffrir, demande une intervention. Une nouvelle crise de rétention me décida à opérer.

La paroi abdominale est incisée sur la ligne médiane sur une

longueur de 12 cent., à partir du pubis. La tumeur qui est d'origine fibromateuse, ne présente pas d'adhérences... un peu au-devant d'elle se trouve une seconde tumeur, grosse comme un œuf, implantée directement sur la matrice, et que nous n'avions pas sentie, cachée qu'elle était derrière le pubis.

La vessie qui a été vidée au début de l'opération, remonte très haut; nous risquons même de l'entamer d'un coup de ciseaux; la situation de la tumeur explique ce déplacement. Je prolonge mon incision jusqu'à un centimètre au-dessus de l'ombilic par la gauche... et je pratique l'hystérectomie supra-vaginale... Ablation des ovaires.

La malade meurt 64 heures après l'opération... A l'autopsie on constate que la mort s'est produite par hémorragie interne. La vessie est hyperhémie, surtout vers le col.

Observation XX. — MORRIS. (*British Medical Journal* 1881).

Elisabeth B., entre à l'hôpital le 26 octobre 1880, pour une rétention complète d'urine. Elle n'avait pas uriné depuis dix-neuf heures. Par le cathétérisme, on retira trois litres d'urine. Le jour suivant, on dut employer le cathéter, on l'employa encore huit jours plus tard après quoi la malade urina spontanément pendant trois mois. Il fut bientôt nécessaire de la sonder 2 fois par jour; et comme elle souffrait très vivement du bas-ventre, on songea à un calcul de la vessie ou à quelqu'autre affection vésicale grave.

A son arrivée à l'hôpital, elle était absolument incapable d'uriner, si bien qu'il était nécessaire de la sonder régulièrement. L'urine était acide, ne contenant ni sucre ni albumine, elle n'était pas sanglante. A l'examen, pratiqué après l'évacuation de l'urine, la vessie paraissait distendue et formait un ovoïde proéminent, bombant sur le côté droit de la ligne médiane, et s'inclinant très obliquement en dehors et en haut. Dans la fosse iliaque gauche, on éprouvait une grande résistance, complète-

ment distincte et la tumeur abdominale formée par la vessie et donnant l'impression d'une tumeur kystique. Il fallut, pour vider la vessie, employer un long cathéter qu'on introduisit profondément. On put alors faire l'examen vaginal; mais il fut difficile de faire un examen satisfaisant, parce que l'hymen, absolument intact, était douloureux. L'utérus était attiré en haut, et sur le côté gauche, à tel point que l'on ne pouvait atteindre ni l'orifice, ni le col.

Le 3 novembre et les jours suivants, la malade ressentit une soif intense, elle eut des nausées et la température monta, elle souffrait beaucoup de son côté gauche... Son état général s'étant aggravé, elle mourut le 13 novembre.

A l'autopsie, on trouva des lésions de péritonite, dont le point de départ paraissait être l'ovaire gauche. La vessie était repoussée en haut et vers la fosse iliaque droite; quoique entièrement vide, elle s'étendait à un pouce au-dessus du bord supérieur du pubis. Ses parois étaient hypertrophiées, et sous la muqueuse on voyait des infiltrations sanguines, mais aucune trace de cystite. La tumeur était développée dans l'épaisseur de la paroi utérine droite; elle avait tous les caractères d'une tumeur fibreuse.

Observation XXI. — BOURSIER ET BINAUD.

(In thèse Bouvier).

Femme de 34 ans, nullipare, forte, bien constituée et paraissant jouir d'une bonne santé.

Elle n'a jamais eu de maladie sérieuse; elle s'est aperçue depuis un an ou deux à peine, qu'elle avait dans la partie inférieure et droite du bas-ventre, une petite masse mobile, absolument indolore, qui n'avait jamais causé aucun accident.

Au mois de novembre 1898, au voisinage de l'époque de ses règles, elle éprouva brusquement quelques troubles urinaires; les envies d'uriner devinrent fréquentes et impérieuses, les mic-

tions un peu difficiles et pénibles. Devant la persistance de ces symptômes, Mme G., fit appeler son médecin qui constata la présence d'un énorme fibrome, dont le bord supérieur dépassait notablement l'ombilic, sans s'être révélé par aucun signe fonctionnel important. Elle n'avait jamais eu ni douleurs, ni hydroporrhée, ni leucorrhée importante, ni hémorragies utérines intercalaires.

A ce moment, la tumeur présentait les caractères suivants : Le ventre était distendu par une volumineuse tumeur, dure, irrégulièrement arrondie et bosselée, faisant en avant une saillie considérable occupant toute la portion sous-ombilicale de l'abdomen et nettement plus accusée à droite de la ligne médiane. Cette tumeur dépassait l'ombilic de trois travers de doigts environ, à sa partie supérieure; inférieurement, sa masse s'enfonçant profondément dans le bassin. Le doigt introduit dans le vagin, a quelque peine à rencontrer le col, qui est petit et est situé en haut et à gauche. Le cul-de-sac de Douglas était absolument rempli par un volumineux lobe de la tumeur qui formait une masse arrondie, profondément enclavée dans le bassin. Le cathétérisme vésical démontrait, par la position imprimée à la sonde, que la vessie était refoulée en avant et considérablement élevée. On porta le diagnostic de fibrome de l'utérus.

L'analyse d'urine ayant décelé la présence de légères traces d'albumine, on pratiqua une opération hâtive.

L'opération a eu lieu le 20 décembre 1898. En pratiquant une incision médiane étendue de l'ombilic au pubis, nous arrivâmes, après avoir sectionné la ligne blanche, dans une couche épaisse de tissu graisseux, jaunâtre, au sein de laquelle nous cherchons en vain le feuillet pariétal du péritoine. Nous nous sommes alors portés vers la partie supérieure de l'incision et sommes arrivés, à deux travers de doigt, au-dessous de l'ombilic, dans une cavité séreuse, nettement fermée en bas, et que nous avons prise tout d'abord pour un sac herniaire méconnu. Mais en prolongeant l'incision au-dessus de l'ombilic, nous nous sommes aperçus que nous étions en présence du cul-de-sac inférieur du

péritoine, refoulé jusque-là par la tumeur sous-jacente. Pour découvrir celle-ci, nous avons prolongé l'incision médiane jusqu'au voisinage de l'appendice xiphoïde. La tumeur est alors apparue largement découverte. Nous avons alors constaté qu'elle était incluse dans le ligament large. La décortication fut très pénible. L'utérus se perdait dans la masse fibreuse, aussi était-il très difficile d'atteindre le col utérin. Le col fut sectionné au-dessus d'une pince à pédicule, et ainsi débarrassés du fibrome, nous avons pu facilement disséquer le moignon utérin, désinsérer le vagin et lier l'une après l'autre les deux artères utérines... Au cours de l'opération nous n'avons pas cru devoir disséquer la vessie, complètement dépouillée à l'avance de son revêtement péritonéal par suite de l'élévation inusitée du cul-de-sac inférieur.

Les suites opératoires ont été des plus simples. La malade a quitté l'hôpital complètement guérie.

Observation XXII. — BOUVIER, (*Dans sa thèse*).

Femme de 38 ans. Entre dans le service de M. le professeur Demons, le 19 novembre 1900.

Réglée à 13 ans. Depuis, tous les mois régulièrement et sans douleur. Jamais augmentation de ses règles. Pas de métrorrhagies. Pas de pertes blanches. Depuis dix ans elle éprouve, par intervalles, des douleurs dans la région lombaire avec irradiation dans le bas-ventre. Elles consistent dans une sensation de poids, de tiraillements. Par contre, depuis 10 ans, notre malade ressent des troubles urinaires qui vont sans cesse en augmentant. Au début, c'était de la dysurie, puis de la pollakiurie et maintenant elle a parfois de la rétention d'urine complète. Son état général est bon, mais le sommeil est troublé par des envies fréquentes d'uriner. La malade, il y a quelque temps, a constaté que son ventre devenait dur, mais elle a consulté son médecin, principalement pour des troubles de la miction.

A son entrée dans le service, elle présente dans la partie inférieure de l'abdomen, une tumeur dure, développée dans le sens transversal et occupant surtout la fosse iliaque gauche. Cette tumeur remonte à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Sa consistance est celle d'un fibrome.

Au toucher, on trouve un col légèrement remonté. Le cul-de-sac latéral droit est un peu effacé. Dans le cul-de-sac latéral gauche, ainsi que dans une certaine étendue des culs-de-sac antérieur et postérieur, on sent une masse dure, de consistance analogue à celle de la tumeur abdominale.

Le cathétérisme permet de constater que la vessie est allongée, aplatie contre la paroi abdominale.

Opération le 28 novembre 1900.

On trouve un utérus repoussé à droite et flanqué sur son bord gauche d'une vaste tumeur fibreuse sessile, portant sur sa face antérieure la trompe et l'ovaire du côté correspondant. Le fibrome est inclus dans le ligament large. Hystérectomie totale, suites excellentes. La malade a toujours uriné seule. Elle quitte l'hôpital complètement guérie, les mictions toutefois restent un peu fréquentes, mais, beaucoup moins que par le passé.

Observation XXIII. — (*Prise dans le service de M. le P^r Boursier.
In thèse Bouvier.*)

Femme de 40 ans régulièrement réglée. Grossesse à 19 ans. A 33 ans douleur dans la fosse iliaque gauche; augmentation des règles en quantité et en durée.

A 36 ans survient une brusque rétention d'urine, depuis cette époque sensation de poids dans le bas-ventre, mictions fréquentes et difficiles. A la même époque son ventre commença à grossir. Six mois après œdème des membres inférieurs qui dura un an. Elle consulte M. le Professeur Boursier qui la soumet à un traitement électrique, l'œdème disparut mais le volume de la tumeur, ni l'abondance des règles ne furent modifiés.

En 1906 elle se plaint de douleurs dans la fosse iliaque surtout au moment des règles, d'hémorragies continuelles, d'hydrorrhée, de leucorrhée, de dysurie avec polliakiurie, de constipation et d'un léger œdème des membres inférieurs.

Le ventre est globuleux et l'on sent une tumeur de consistance dure par endroits et remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Au toucher, le vagin est très distendu, rempli par une masse dure en continuité avec la tumeur abdominale. Le col est remonté, on peut à peine le sentir.

Le 25 mai on décide l'opération. La tumeur est volumineuse développée dans les deux ligaments larges. Les annexes entraînées sont accolées au pôle supérieur, aplaties contre la tumeur. Section des pédicules annexiels. La tumeur décortiquée est soulevée à l'aide du tire-bouchon puis de l'appareil de Reverdin.

On s'aperçoit alors que la vessie a été ouverte, on continue rapidement l'extraction de la tumeur, le vagin est sectionné, son hémostase est faite à l'aide de pinces. Le dôme de la vessie est resté accolé à la face antérieure de la tumeur, il y a une déchirure assez considérable. Le doigt promené dans la vessie montre que les uretères et la région du trigone sont intacts. On fait une suture muco-muqueuse au catgut et une suture du muscle vésical au catgut. On s'occupe de la reconstitution du plancher péritonéal pelvien laissant deux pertuis pour l'écoulement des liquides dans le vagin. Mickulicz abdominal. Suture à 3 plans de la paroi de l'abdomen. Sonde à demeure laissant couler l'urine.

Les suites opératoires sont bonnes; le 1^{er} jour, la malade se plaint un peu de sa vessie, les urines qu'elle émet par la sonde sont louches, elles contiennent un sédiment abondant, elle a un peu de cystite. On fait un lavage vésical très doux avec de l'eau boriquée, pendant plusieurs jours.

Dans la nuit la malade ayant enlevé la sonde, urine spontanément, mais la nuit suivante il fallut la sonder. Depuis la malade a toujours uriné seule et elle a quitté l'hôpital parfaitement guérie.

Observation XXIV. — M. MONOD, de *Bordeaux*.

In thèse Castet).

Femme de 44 ans bien constituée, d'une bonne santé habituelle. Jamais de grossesse. Elle est atteinte d'un fibrome interstitiel de l'utérus présentant le volume d'une grossesse de 3 mois environ. Ce fibrome qui n'a entraîné à aucun moment le moindre accident, ni hémorragies, ni douleur s'est révélé pour la 1^{re} fois par une rétention d'urine survenue subitement à la suite d'une fatigue et ayant nécessité le cathétérisme.

Le même accident s'est reproduit à plusieurs reprises et à des intervalles très variables. Il semble que la fatigue ait toujours joué un rôle comme cause occasionnelle. Les troubles urinaires paraissent indépendants des époques menstruelles. Ils ont toujours cédé rapidement au cathétérisme qui a été le plus souvent inutile.

Observation XXV. — CALMETTE, *service de M. Pousson*.

(In thèse Castet).

Femme de 44 ans entre dans le service de M. le Professeur Pousson le 24 novembre 1905. Réglée à 12 ans d'une façon irrégulière, pendant 1 à 2 jours seulement. Pas de grossesse, pas de pertes.

Le début de sa maladie remonte à une quinzaine d'années. A ce moment la malade a éprouvé de la pollakiurie et de la dysurie. Elle ressentait un besoin impérieux d'uriner s'accompagnant de douleurs assez aiguës. Elle urinait alors goutte à goutte et en petite quantité et ressentait des picotements sur tout le trajet de l'urèthre. Elle urinait souvent toutes les demi-heures. Cet état a duré 3 mois. Sous l'influence de tisanes et de bains, (sans avoir vu un médecin) elle revint à l'état normal et resta une dizaine d'années sans souffrir.

Il y a un an la malade fut reprise de besoins fréquents d'uri-

ner, de douleurs dans le bas-ventre et de rétention d'urine durant parfois 24 heures. Elle arrivait cependant à vider sa vessie sans jamais recourir au cathéter. Après 2 ou 3 mois la malade va mieux et ne conserve plus que de la pollakiurie.

Après avoir ressenti des douleurs vagues dans le bas-ventre accompagnées de mictions fréquentes douloureuses et incomplètes (la malade n'émettait que quelques gouttes d'urine) elle ne peut plus uriner du tout, passe toute la journée à souffrir et à faire des efforts violents, mais sans arriver à un résultat appréciable.

Le surlendemain matin, avec la sonde, on évacue environ un litre d'urine. Le jour suivant n'ayant pas encore pu uriner seule elle entre à l'hôpital où elle est sondée par M. le Professeur Pousson. Après un séjour à l'hôpital de 24 heures elle recommence à uriner seule peu à peu, goutte à goutte.

Etat actuel. — Le 31 novembre la malade se plaint d'uriner tous les quarts d'heure et de souffrir pendant la miction. Ni pus ni sang dans les urines. Etat général excellent.

On constate que le méat urinaire est reporté en arrière et est assez difficile à atteindre... Vessie non douloureuse au palper hypogastrique. Avec un explorateur métallique on constate que le fond de celle-ci n'est pas très élevé; à travers la paroi abdominale l'extrémité de la sonde se sent sur la partie médiane au niveau de l'ombilic et latéralement à 3 ou 4 centimètres de celui-ci.

Dans le cul-de-sac latéral droit on trouve par le toucher une tumeur solide, du volume d'une tête de fœtus à terme, enclavée dans le petit bassin immobile, faisant corps avec l'utérus.

Le col de cet organe réduit à l'état d'un petit bourrelet est repoussé dans le cul-de-sac gauche tout à fait en haut, ce qui en rend l'examen difficile. Le cul-de-sac gauche paraît être libre. Au palper abdominal on note que la tumeur s'élève peu dans l'abdomen. On porte le diagnostic de fibrome inclus dans le ligament large, quoique les signes fonctionnels fassent défaut: Jamais de métrorrhagies ni d'hydrorrhée.

Le 28 novembre on pratique la laparotomie médiane. La ves-

sie se trouve immédiatement sous le péritoine. Elle est très allongée. La paroi vésicale est incisée pendant l'incision de la paroi abdominale mais sa cavité n'est pas ouverte. On pratique l'énucléation et l'hystérectomie subtotale. Suites opératoires excellentes.

Le 15 décembre plus de douleurs à la miction. Elles reparais-sent sous l'influence d'instillations au nitrate d'argent. La malade quitte l'hôpital parfaitement guérie.

Observation XXVI. — CASTET. (*Dans sa thèse*).

Femme de 47 ans se présente le 29 janvier 1906 à la consultation de M. le Professeur Pousson.

Réglée à 14 ans toujours très régulièrement, elle perd pendant 8 jours. Mariée à 16 ans, pas de grossesse. Six mois après son mariage elle sent un poids dans le bas-ventre. Pertes blanches. Cet état dure 4 ans et s'améliore sous l'influence du repos et des bains sulfureux.

A 25 ans les règles deviennent douloureuses et durent 8 jours à 3 semaines. En décembre 1904, la malade doit garder le lit à cause de la douleur du bas-ventre et de la faiblesse causée par les hémorragies.

Il y a 5 ans la malade éprouve de la dysurie et une sensation de grande réplétion de la vessie il lui semble « que sa vessie va éclater ». L'urine s'écoule goutte à goutte et est teintée de sang. La miction est très douloureuse et les besoins d'uriner très fréquents (plusieurs fois par heure). Au bout d'un an, douleurs de plus en plus vives. Pendant une journée entière rétention complète. Un docteur sonde la malade et retire une grande quantité d'urine que la malade évalue à 6 litres? Le lendemain nouvelle rétention. Le médecin n'ayant pas de sonde, passe dans l'urèthre un thermomètre de poche. La malade urine seule sans douleur. Au bout d'un an, nouvelle rétention, un sondage évacue la vessie et depuis lors la malade urine seule et sans difficulté. Il

y a un mois nouvelle rétention et nouveau sondage, puis tout rentre dans l'ordre.

Etat actuel. — L'état général est bon. Règles indolores, régulières. Pas de pertes blanches... Sensation de pesanteur dans le ventre. Depuis un an la malade a constaté une augmentation de volume du ventre.

L'abdomen est peu volumineux comme celui d'une femme enceinte de quatre mois. Au toucher on sent les parois vaginales souples et glissant sur les plans sous-jacents. Le col utérin est reporté en avant vers la symphyse pubienne; les culs-de-sac antérieurs et latéraux sont libres. Dans le cul-de-sac postérieur on sent une tumeur dure élastique présentant des bosselures mais complètement mobile. On ne trouve aucun ganglion. Les urines sont claires et ne contiennent pas d'albumine.

On diagnostique un fibrome de la paroi postérieure de l'utérus comprimant l'urèthre et expliquant les troubles de la miction. La malade refuse de se faire opérer, on lui conseille alors une saison à Salies-de-Béarn. Depuis la malade n'a pas été revue.

Observation XXVII. — M. le professeur POLLOSON.

(*In thèse Perrot*).

Femme de 41 ans. A eu un enfant à l'âge de 23 ans et depuis cette époque, n'a pas eu de nouvelles grossesses.

En 1892 cette malade présentait des règles augmentées comme quantité et comme durée. M. Polloson put à ce moment porter le diagnostic de fibrome. L'utérus présentait le volume d'une petite tête fœtale. L'intervention chirurgicale ne fut pas à ce moment jugée nécessaire.

La malade fut revue en 1899. Dans cet intervalle, les règles avaient continué à être exagérées mais aucun phénomène douloureux n'était apparu. Depuis huit mois environ la tumeur utérine avait notablement grossi. Des phénomènes de compression s'étaient manifestés par des douleurs dans le pelvis et dans les

cuisses, et peut-être aussi par une compression des uretères car il existait un peu d'albumine dans les urines. L'état général était mauvais: pâleur et amaigrissement prononcés.

Par le toucher on constate que l'excavation pelvienne était complètement remplie par une masse fibromateuse du volume d'une tête fœtale. Le col utérin se trouvait fortement rejeté en avant et en haut derrière la symphyse du pubis.

On constatait en outre que la vessie, soit distendue soit complètement vidée, remontait jusqu'au niveau de l'ombilic et paraissait fixée dans cette position. On devait donc s'attendre, dans l'opération d'extirpation projetée, à rencontrer des difficultés tenant d'une part à la situation de la vessie et d'autre part, à la masse fibromateuse qui plongeait dans le pelvis en arrière du col.

L'opération, pratiquée le 1^{er} juin 1899, montra que ces craintes étaient bien fondées. L'incision médiane de la laparotomie montra en effet que la vessie occupait une situation fixe et remontait au moins jusqu'au niveau de l'ombilic. L'incision fut donc prolongée beaucoup plus haut et le péritoine fut ouvert dans la partie supérieure au-dessous du niveau de la vessie. On constate alors que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin se réfléchissait au niveau de l'ombilic et se continuait sur la partie supérieure de la masse fibromateuse.

La tumeur utérine fut attirée en avant autant que le permettait l'incision dont la partie inférieure restait inutilisée à cause de la présence de la vessie.

La tumeur étant ainsi attirée, on pouvait voir sa face supérieure et la partie supérieure de sa face postérieure. Pour aller plus loin, il fallait procéder à une réduction de cet utérus fibromateux.

Le tissu utérin fut alors rapidement ouvert par une incision verticale presque médiane, portant sur la face postéro-supérieure de l'utérus attiré au-dehors. Cette incision conduisit sur une grosse masse fibromateuse qui fut décollée et décortiquée. Cette masse, présentait à peu près les dimensions de deux têtes de fœ-

tus à terme. Cette masse se trouvait développée dans le ligament large gauche distendu.

Une fois cette masse enlevée, l'utérus put être facilement attiré au-dehors et l'on fit l'hystérectomie totale suivant la méthode de Doyen.

Les suites opératoires furent simples. La malade fit un peu de température; dépendant de l'état des voies urinaires, car les urines furent pendant longtemps troubles et présentèrent encore par intervalles des traces d'albumine. Sous l'influence du traitement local de la vessie, les fonctions urinaires reprirent leur intégrité.

La malade quitta l'hôpital parfaitement guérie.

Observation XXVIII. — HENRI BRIN.

Observations de Clinique chirurgicale.

Mme X. m'est envoyée d'urgence, en août 1904 pour des symptômes urinaires, extrêmement inquiétants, occasionnés par un fibromé. Depuis déjà quelques mois, la maladie accusait des difficultés et des douleurs dans la miction et son médecin lui avait conseillé une opération. Il avait fallu les accidents actuels très graves pour la décider à suivre cet avis.

Depuis la dernière semaine de juillet, les douleurs abdominales sont devenues violentes, les difficultés de miction extrêmes; la malade urine sans cesse, mais en faisant de grands efforts et en poussant des cris.

Quand elle arrive à ma clinique, le 12 août, elle a l'air hébété, ne répond à aucune question et se borne à hurler quand on la touche. Le ventre est volumineux, très tendu et défendu par une contracture musculaire intense. Le toucher vaginal, qu'il faut pratiquer de haute lutte, montre un petit bassin rempli par une masse dure. Le col très court, est refoulé en avant.

La sonde, introduite dans la vessie, ramène environ 500 grammes d'urine noirâtre extrêmement fétide.

Je pratique un lavage. Le diagnostic est des plus simples, mal-

gré les difficultés de la palpation abdominale. Il s'agit évidemment d'un fibrome ayant amené de la compression vésicale et de l'urémie secondaire à forme cérébrale.

Comme il est possible que les troubles cérébraux soient consécutifs à la rétention vésicale au moins autant qu'à la compression des uretères et que, d'autre part l'état de la malade est alarmant, son agitation est extrême, il ne nous paraît pas prudent de l'opérer avant d'avoir diminué l'intoxication de la malade par des purgatifs répétés et un sondage méthodique.

Pendant six jours la malade est soumise à ces soins et absorbe de grandes quantités de lait et d'eau. Les lavages vésicaux sont moins sales, mais contiennent toujours une notable quantité de sang noir.

Mme X., qui a lutté les deux premiers jours contre l'infirmité, accepte ensuite le sondage avec facilité, elle paraît même heureuse après le lavage. Elle est d'ailleurs aussi hébétée et il n'y a pas une parole à en tirer. Elle est rétentionniste et n'urine pas sans la sonde. Les douleurs reparaissent quand la vessie se distend, à l'approche du sondage qu'on répète cinq fois dans les vingt-quatre heures.

Opération le 18 août 1904.

Hystérectomie sus-vaginale. Gros fibrome abdomino-pelvien de 7 livres. L'opération ne présente pas de difficulté spéciale, elle permet une constatation très intéressante: la vessie est noirâtre, épaisse et indurée comme du carton. Sutures en trois plans avec drainage abdominal. Les sutures musculaires ont été faites au catgut.

Les deux premiers jours qui suivent l'opération, la malade est violemment agitée. Il faut la maintenir de force dans son lit. Pansement le troisième jour, enlèvement des tubes. Les suites opératoires paraissent simples, température normale le sixième jour. L'agitation est tombée vers le troisième jour. Elle a commencé à répondre aux questions vers le sixième jour et est devenue à peu près ordinaire vers le quinzième jour.

Elle partit le 15 septembre avec une fistulette entretenue sans doute par un dernier fil.

Les urines restèrent sales pendant une vingtaine de jours et fortement purulentes jusque vers le quinzième jour. Pendant toute cette période, la malade avait éliminé de véritables lambeaux de muqueuse.

La malade n'a plus été vue depuis son départ.

Observation XXIX. — LEJARS

(Comptes-rendus de la société d'Obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie, 1906).

Femme de 42 ans, mère de deux enfants.

« Je fus appelé en 1904, auprès d'elle pour des accidents un peu particuliers. La malade souffrait du ventre depuis plus de dix ans, depuis longtemps on avait reconnu l'existence d'une tumeur pelvienne, mais la nature semblait en être douteuse; en tous cas, on avait toujours reculé devant une intervention des traitements médicaux divers avaient été appliqués. La malade avait eu quelques hémorragies utérines peu importantes; mais dans le dernier mois la situation était devenue critique, le ventre avait considérablement grossi, les douleurs étaient très vives et gênaient tout déplacement, la maigreur était progressive, enfin une incontinence continue d'urine s'était produite, et de temps en temps, un peu de sang était mélangé à l'urine. Au palper, du reste assez malaisé, de l'abdomen, on constatait une tumeur irrégulière, non mobilisable, qui remontait jusqu'à l'ombilic; cette tumeur était située à la face postérieure de la paroi abdominale, elle semblait faire corps avec elle, surtout dans la zone de Retzius, qu'elle distendait et soulevait en relief; au toucher on retrouvait, au devant du col, son pôle inférieur et l'absence de mobilité se confirmait; en arrière, dans le cul-de-sac de Douglas, on sentait une tumeur moins dure qui semblait être le corps utérin. Les accidents vésicaux et, en parti-

oulier, l'urine sanglante qui, à plusieurs reprises avait paru, l'amaigrissement, le mauvais état général, le développement rapide de la masse dans les derniers mois, avaient fait craindre un néoplasme malin. Sans repousser complètement l'hypothèse d'une dégénérescence, le diagnostic de fibrome me parut s'imposer, et, toutes réserves faites sur la gravité de l'intervention, j'opérai.

L'incision pratiquée, j'ouvris le péritoine très haut, non loin de l'ombilic, et je prolongeai prudemment la section de haut en bas; je découvris en effet une masse énorme, qui émergeait du bassin et remplissait toute sa moitié antérieure, et au devant de laquelle remontait une très grande vessie dilatée; en arrière de cette masse, on trouvait l'utérus, lui-même volumineux et refoulé en arrière. J'incisai le feuillet séreux péri-utérin, un peu au-dessus du cul-de-sac supérieur de la vessie, et je le décollai peu à peu, en le rabattant comme une vaste poche vide, sur le pubis; la tumeur sous-jacente était étendue d'un côté à l'autre du bassin, descendait tout au fond de la cavité pelvienne et ne semblait nullement mobilisable; pourtant je commençai à la libérer un peu à la compresse, suivant lentement sa face antérieure, descendant peu à peu et poursuivant sur les côtés le travail de dissection; je parvins enfin à atteindre la limite inférieure de la masse, elle se laissa un peu relever suffisamment pour que, les ligaments larges ayant été pincés et sectionnés, le vagin pût être incisé transversalement et en avant, et peu à peu sectionné. Il restait, après cette hystérectomie totale, une très large cavité cruentée, le vagin fut formé, les ligaments larges péritonisés, et la cavité fut rétrécie autant que possible par la suture du péritoine voisin, et finalement marsupialisée: un gros drain y fut laissé.

Les suites de cette intervention, assez complexe, furent très bonnes: il y eut de la rétention partielle d'urine pendant quelques jours, et peu à peu la vessie dilatée reprit sa tonicité et son fonctionnement. La guérison se fit sans incident notable, en 25 jours.

Il s'agissait d'un très volumineux fibrome diffus, de la face antérieure du col qui s'était développé sous le péritoine, en refoulant et comprimant la vessie, et en se prolongeant derrière la paroi abdominale; il était gros comme deux poings. J'ajoute que le tissu était celui du fibrome ordinaire et qu'il n'y avait aucune trace de néoplasme. »

Observation XXX.

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Pozzi).

Il s'agit d'une femme de 46 ans, mullipare, réglée à 14 ans, régulièrement, durant 3 jours, avec une abondance moyenne. Depuis 6 mois, les règles sont devenues irrégulières, ne survenant plus que toutes les sept ou huit semaines environ; elles étaient peu abondantes, sans caillots, et toujours très douloureuses. Un peu de leucorrhée dans l'intervalle des règles.

Le jeudi, 1^{er} octobre, la malade ayant ses règles, est prise brusquement d'un besoin pressant d'uriner et ne peut y parvenir; en même temps, les règles s'arrêtent. La malade doit être sondée par un praticien qui constate l'existence d'une tumeur abdominale non soupçonnée jusque-là.

Le lendemain, la rétention d'urine persiste, accompagnée de besoins fréquents d'uriner et de vives douleurs. Depuis ce jour, elle n'a plus uriné spontanément et il a fallu la sonder matin et soir.

La malade est entrée à l'hôpital Broca, deux jours après l'apparition des accidents.

L'examen permet de constater l'existence d'une tumeur pelvienne repoussant le col contre la symphyse, emplissant le cul-de-sac postérieur et les culs-de-sac latéraux, dure, immobile et que la palpation abdominale montre dépassant le détroit supérieur.

Le diagnostic est: fibrome enclavé avec rétention d'urine complète, par compression du col vésical.

Le 11 octobre, la sonde ramène une urine un peu teintée de rouge, d'aspect hématique et l'examen du sédiment montre qu'il s'agit bien d'une hématurie.

Je pratique la laparotomie médiane, le 13 octobre 1908. L'incision permet de voir un gros fibrome enclavé dans le petit bassin, implanté à la face postérieure de l'utérus, au niveau de sa portion sous-isthmique; le corps utérin se trouve refoulé en avant, contre la symphyse et la vessie est à son tour reportée en avant et en haut, étalée sous la paroi abdominale, à sa partie inférieure. Je décide la myomectomie; je fais une incision sagittale sur la tumeur et l'attirant avec les pinces de Helly, je l'énuclée rapidement avec le doigt. Hémostase et suture très exacte au catgut, drainage abdominal avec une petite mèche et un drain.

Les suites opératoires ont été très simples et la malade a guéri rapidement; le drainage n'a été maintenu que 48 heures.

Le fibrome pesait 570 grammes.

Observation XXXI.

(Due à la complaisance de M. le Professeur Pozzi).

« Il s'agit d'une femme de 42 ans IV-pare, réglée à 13 ans, régulièrement, toujours avec un peu d'avance; règles durant 6 jours avec assez d'abondance, quelques caillots et des douleurs. Depuis une dizaine d'années, les règles sont plus abondantes, durent 10 à 12 jours, sont très douloureuses. Souvent, après les règles, survenait une rétention d'urine passagère qui disparaissait par le repos. Pas de leucorrhée. La malade a remarqué que depuis la même époque son ventre augmente de volume.

L'examen permet de reconnaître l'existence d'une tumeur du volume d'une tête fœtale surmontant le col de l'utérus et dépassant le détroit supérieur, surtout à gauche. On porte le diagnostic de fibrome de la paroi antérieure de l'utérus. Je pratique la laparotomie le 26 octobre dernier. J'incise avec précaution la paroi, car le fibrome bombe sous le péritoine. La cavité abdominale ouverte, je vois qu'il s'agit d'un fibrome développé dans l'épaisseur du ligament large gauche, mais qui, au niveau de son pédicule ligamentaire, s'est coudé de gauche à droite, en avant de l'utérus; ce

qui explique comment par le toucher on a pu croire qu'il s'agissait d'un fibrome de la paroi antérieure de l'utérus.

L'utérus est sain de même que les annexes droites. Je décide la myomectomie. Je taille une collerette péritonéale à deux travers de doigt au-delà de l'insertion du pédicule et je détache la tumeur fibreuse en la décollant comme on enlèverait un gland de sa cupule. Il est nécessaire de lier plusieurs vaisseaux. Je fais ensuite la ligature de ce pédicule lamellaire qui s'est très rétracté après sa section, en plaçant des points à la soie en V au-dessus desquels je péritonise par un surjet au catgut.

Pas de drainage; la malade guérit sans incidents. La tumeur, ovulaire, mesurait 12 centimètres de longueur sur 10 centimètres et demi de large et pesait 580 grammes.

Observation XXXII.

(Due à la complaisance de M. PAPIN, Service de M. le Professeur ALBARRAN).

Mme A., 39 ans, entre le 13 janvier 1900 à la salle Laugier.
Lit n° 21.

La malade vient à l'hôpital, parce qu'elle présente une volumineuse tumeur abdominale et qu'elle a de la peine à uriner.

Sa mère est morte d'un cancer à l'estomac, à 61 ans. Son père est mort d'accident.

Mariée en 1893, elle a toujours été bien réglée. Ses règles ont commencé tardivement, à 18 ans; depuis ce temps elles ont toujours été régulières. Elle a eu trois garçons, tous vivants et bien portants, âgés actuellement de 15 ans, 13 ans et demi et 12 ans. Accouchements normaux et faciles.

La malade n'a jamais eu de maladies graves. Il y a 15 mois, les premiers symptômes de l'affection actuelle ont apparu sous forme de douleur sourde dans la région du bas-ventre. Cette douleur est survenue assez brusquement et a duré environ un mois. En même temps, la malade reconnaissait la présence d'une tumeur abdomi-

nale dure; depuis cette époque, les douleurs sont revenues d'une façon intermittente, apparaissant surtout pendant les règles, qui étaient prolongées, durant toujours une dizaine de jours. La malade voyait en même temps la tumeur abdominale augmenter progressivement de volume.

Dès que la malade s'est aperçue de la présence de la tumeur, les mictions sont devenues plus fréquentes, à la fois le jour et la nuit, mais ne sont pas douloureuses; elle n'a jamais eu de pertes blanches; elle est habituellement constipée. La malade souffre moins dans la station verticale que dans la station horizontale.

La malade est maigre, mais elle a toujours été ainsi et son état général est bon. Grâce à sa maigreur on aperçoit la tumeur à la simple inspection. Si l'on fait le toucher vaginal, on constate la présence dans le cul-de-sac postérieur du vagin, une grosse masse arrondie, qui est séparée du col de l'utérus, par un sillon très marqué. La tumeur ainsi enclavée refoule le col tout contre la symphyse et il faut aller le chercher très haut avec l'index.

Avec le palper bimanuel, on constate que la masse vaginale et la tumeur hypogastrique qui remonte presque jusqu'à l'ombilic ne font qu'un et sont mobilisables en même temps, mais seulement très légèrement. La surface paraît parfaitement lisse, la pression n'est pas douloureuse. On sent pourtant une petite masse sensible à travers la paroi abdominale, en avant et à gauche, qui paraît être l'ovaire du côté gauche. Le diagnostic porté est celui de fibrome de l'utérus, de la paroi postérieure.

On pratique alors la cystoscopie. Malgré la fréquence des mictions, on voit que la capacité vésicale est supérieure à la normale, 450 centimètres cubes, environ. La malade doit uriner par regorgement. L'introduction du cystoscope est difficile et il faut abaisser très fortement le pavillon de l'instrument entre les cuisses de la malade, presque verticalement. On voit alors se dessiner sur la surface abdominale une large zone éclairée par transparence et remontant presque jusqu'au sommet de la tumeur, c'est la vessie aplatie au-devant de l'utérus et fortement tirée en haut. Au cystoscope, on ne peut voir qu'une surface rouge, et des parois vési-

cales séparées seulement par une mince lame de liquide. Il est absolument impossible de reconnaître les orifices urétéraux. Cet examen cystoscopique permet de compléter le diagnostic. Il s'agit d'un fibrome de la face postérieure de l'utérus en rétroversion dans le cul-de-sac de Douglas, qui a entraîné la vessie et qui refoule le col en avant en comprimant fortement l'urèthre contre la symphyse du pubis.

Opération le 18 janvier 1909. Hystérectomie abdominale. La matrice est du volume d'une grosse tête d'enfant, elle est refoulée en arrière dans le cul-de-sac de Douglas, mais il est facile d'introduire la main derrière et de la redresser, car il y a peu d'adhérences.

Il faut inciser le péritoine très haut devant l'utérus, à cause de la vessie. C'est le seul temps difficile de l'opération qui se termine simplement.

L'ovaire droit augmenté de volume et kystique est caché dans le cul-de-sac de Douglas et en arrière; l'ovaire gauche est en avant et à gauche comme l'avait montré le palper.

Les suites de l'opération ont été normales.

Le 26 février on pratique la cystoscopie. Le cystoscope pénètre facilement et montre une paroi vésicale, sale et desquamée; on voit une saillie centrale et de chaque côté deux culs-de-sac sombres. Les deux uretères sont visibles sur le flanc de ce monticule: l'un à droite, l'autre à gauche.

Observation XXXIII. — Personnelle.

Service de M. le Professeur ALBARRAN.

La malade est âgée de 49 ans. Régliée à 12 ans, très régulièrement; règles douloureuses et durant 3 ou 4 jours.

A 25 ans, elle a eu son premier enfant, et son deuxième à 28 ans. Accouchements normaux et sans complications. Jamais de fausses couches. A 29 ans, elle fait une fièvre typhoïde et une pneumonie, depuis elle s'est toujours bien portée.

En février 1909, elle n'a pas vu ses règles et depuis, la marche et la station debout provoquent des besoins fréquents d'uriner; ce besoin est impérieux et irrésistible, elle doit le satisfaire jusqu'à six fois par heure. Quand elle est assise, elle passe facilement une heure sans uriner. La nuit, elle se lève 10 à 12 fois. Les urines sont claires et limpides.

En mai, ses règles sont revenues, pas plus abondantes que par le passé, elles ont duré 4 jours. Elles ont été précédées de pertes blanches légères; mais elles s'accompagnaient de douleurs très violentes que la malade compare aux douleurs de l'enfantement.

Avec les règles disparaissent les douleurs, la pollakiurie seule persiste. En août, survient de la difficulté à uriner; au cours de la miction, la malade éprouve dans tout le canal une sensation de brûlure. La pollakiurie devient intense. La malade prend des pilules de thérébentine et boit abondamment; au bout de 24 heures, les douleurs disparaissent.

Le 1^{er} novembre, la malade ressent un besoin pressant d'uriner; à peine avait-elle expulsé quelques gouttes de liquide que la miction s'arrête, et malgré tous ses efforts elle n'a pas pu réussir à vider sa vessie. Le 2 elle voit un médecin qui lui ordonne de boire plusieurs litres de tisane de chiendent, cette médication ne fait qu'accroître ses douleurs.

Le 3 novembre, elle se présente à la consultation du service de M. le Professeur Albarran, n'ayant pas uriné depuis quarante-huit heures.

Le ventre est globuleux, très nettement bilobé; un sillon médian sépare les deux lobes qui remontent jusqu'à l'ombilic. La palpation confirme les résultats de l'inspection; elle nous permet, en outre, de sentir, dans la fosse iliaque droite, une tumeur dure, mamelonnée. Dans la fosse iliaque gauche, on a la sensation d'une poche liquide distendue qui n'est pas autre chose que la vessie. Par le cathétérisme on retire, en effet, 1 litre et demi d'urine; on voit la tuméfaction vésicale s'affaïsser, bien qu'on ait laissé encore une certaine quantité de liquide dans la vessie.

Par le toucher, on constate que les culs-de-sac vaginaux ont disparu, envahis par la tumeur, qui bombe dans le vagin; le col, effacé, mais pas dilaté, est porté en avant et en haut contre la symphyse pubienne contre laquelle il vient comprimer le col vésical. On fait le diagnostic de rétention d'urine par compression d'un fibrome utérin.

Le soir même la malade entre à l'hôpital; elle est sondée vers 7 heures du soir; on retire 500 grammes d'urine. Vers 10 heures, la malade urine seule, elle émet à peu près 250 grammes. Trois fois dans la nuit elle urine seule; au moindre mouvement, elle éprouve le besoin de vider sa vessie; le début de la miction est pénible, elle est obligée de pousser.

Dans la nuit du 4 au 5 la malade a uriné 10 fois; le 5 à 6 h. du matin, la miction est très douloureuse, vive sensation de brûlure tout le long du canal. A 10 heures, la malade demande à être sondée. Ses urines sont troubles et déposent abondamment au fond du bocal. Dans la journée, la malade est sondée plusieurs fois, car elle éprouve de très fréquents besoins d'uriner.

Le 6 la malade voit venir ses règles, moins abondantes que par le passé. La malade ne peut uriner seule.

Le 8, les urines sont moins troubles, la sonde devient inutile et les douleurs s'atténuent, la pollakiurie, toutefois, persiste.

Le 9 on pratique la cystoscopie. L'urèthre est comprimé, on éprouve quelque peine à introduire le cystoscope qui se trouve dévié de gauche à droite, d'arrière en avant, et de bas en haut, traduisant ainsi le déplacement de l'urèthre. La paroi postérieure de la vessie est déformée et fait une saillie dans la cavité vésicale; la paroi latérale droite est déjetée à gauche. Il a été impossible de trouver les uretères. La congestion vésicale n'est pas très marquée.

Le 10, la malade est opérée par M. Marion. La vessie, qui remontait au-dessus du pubis, fut évitée grâce à une incision haute du péritoiné. La tumeur, qui remplissait le petit bassin, fut facilement mobilisée, la vessie disparût alors dans le pelvis et

on ne la vit plus au cours de l'opération. On pratiqua l'hystérectomie totale qui ne présenta rien de particulier.

La tumeur grosse comme deux poings d'adulte s'était formée dans la portion sous-isthmique de l'utérus avec développement antéro-latéral droit.

Le soir de l'opération, la malade urinait seule; l'urine, environ un litre, était trouble et rougeâtre. Depuis, la malade a toujours bien uriné et sans douleur. La fièvre a duré quelques jours. Les suites opératoires ont été bonnes et le 5 décembre, la malade quittait l'hôpital parfaitement guérie.

Observation XXXIV.

Service de M. le Professeur ALBARRAN. — Personnelle.

Mme X. . . , 41 ans, entre le 11 janvier 1909 à l'hôpital, Salle Laugier. N° 17.

Réglée à 14 ans, toujours régulièrement. Elle perd 3 ou 4 jours. Pas de fausse couche, pas d'enfants.

Sa mère est morte de bronchite, à 65 ans et son père à 75 ans.

Elle n'a jamais fait de maladie grave. Depuis 3 mois, ses règles sont devenues plus abondantes, elles durent huit jours, elles sont douloureuses et renferment des caillots. Dans l'intervalle des règles, la malade ne perd pas de sang, pas de pertes blanches. Il y a un mois, par hasard, la malade s'aperçoit qu'elle a quelque chose d'anormal dans son ventre; elle sent une tumeur grosse et dure, mais comme elle n'en souffre pas, elle ne consulte pas de médecin.

Le 11 janvier, époque de ses règles, la malade voit du sang dans ses urines; ces dernières sont bien rouges, il y a du sang à toutes les mictions; la malade urine quatre fois dans la journée, peu chaque fois, mais les mictions sont très douloureuses, s'accompagnant d'une sensation très vive de brûlure tout le long de l'urèthre. Ce sang et ses douleurs amènent la malade à l'hôpital.

Les urines sont foncées, légèrement teintées de rose avec, dans

le fond du bocal, un dépôt blanchâtre. La malade, très constipée, n'a pas été à la selle depuis huit jours. Son haleine est fétide, sa langue saburrale.

A la palpation on sent dans la fosse iliaque gauche, une tumeur dure, bosselée, mobile, grosse comme deux poings d'adulte.

Par le toucher vaginal, on ne trouve pas facilement le col qui est déjeté en avant, contre la symphyse et dévié latéralement, à droite. Le cul-de-sac postérieur et latéral gauche est rempli par une tumeur dure, mobilisable que l'on peut repousser en haut, mais très légèrement. L'orifice urétral est douloureux et prolabé. Le cathétérisme de la vessie montre que l'urine vésicale est claire et que par conséquent le sang qui se trouve dans les urines émises vient des organes génitaux. On pose le diagnostic de fibrome de la paroi postérieure de l'utérus occasionnant des troubles de miction, par compression de l'urèthre par le col de la matrice.

Le 13, la malade n'émet plus d'urine, on est obligé de la sonder trois fois dans la journée; les urines sont claires; leur analyse ne révèle rien d'anormal. Les jours suivants, la malade est en rétention complète, et l'on doit tous les jours recourir à la sonde.

Le 17, M. Marion pratique une hystérectomie subtotale qui ne présente aucune difficulté.

Sur la paroi postérieure de l'utérus et dans la région moyenne on voit une tumeur fibreuse du volume d'une mandarine. Dans la portion sous-isthmique de cette même paroi, siège une masse fibreuse, grosse comme une orange; on voit en outre 4 ou 5 noyaux fibreux du volume d'une noisette.

Le soir même de l'opération, la malade urinait seule, mais avec douleur; les urines sont troubles et rougeâtres. Les jours suivants, les symptômes douloureux vont s'atténuant, les urines s'éclaircissent. La température, un peu au-dessus de la normale, a une tendance à redescendre. Le 25 janvier, les douleurs à la miction ont presque totalement disparu; la malade est en excellente voie de guérison.

CONCLUSIONS

1° Les troubles urinaires d'origine vésicale sont fréquents au cours de l'évolution des fibromes utérins.

2° Les fibromes peuvent comprimer la vessie de haut en bas (corps fibreux sus-isthmiques antérieurs), la comprimer de bas en haut en appliquant l'urètre contre la symphyse (corps fibreux sous-isthmiques et polypes); l'entraîner en rétroversion (corps fibreux postérieurs avec rétroversion de l'utérus); l'entraîner, enfin, en haut par des adhérences fibreuses.

3° Les symptômes sont de deux espèces: a) la vessie ne retient pas, ou retient mal l'urine: pollakiurie, ténesme, pouvant aller jusqu'à l'incontinence; b) la vessie ne se vide pas ou se vide mal: rétention incomplète ou complète avec ou sans distension.

4° Les troubles de rétention de beaucoup les plus fréquents, provoquent la cystite, les hématuries, les perforations gangréneuses et l'infection urinaire ascendante.

5° La cystoscopie, difficile à pratiquer peut donner des indications sur la déformation de la vessie avant l'opération et sur l'état de ce viscère après l'opération.

6° Il n'y a qu'un traitement rationnel et vraiment curatif des fibromes, c'est le traitement chirurgical. La thérapeutique médicale ne sera jamais qu'un moyen palliatif pouvant agir sur les symptômes, mais non sur la tumeur. L'intervention chirurgicale ne connaît qu'une contre-indication, c'est l'altération du filtre rénal.

Le Président de Thèse,

POZZI.

Vu : Le Docteur,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

M. L. L. L. L.

BIBLIOGRAPHIE

- BOISSARD. — Troubles de la miction dans les maladies de l'utérus. — *Thèse de Paris*, 1882.
- BOURDON. — *Bulletin Société anatomique* 1871.
- BOUVIER. — Des fibromes de l'utérus intraligamentaires. — *Th. de Bordeaux*, 1900-01.
- BUDIN. — *Archives de Tocologie*, 1875. *Tome II*.
- BRIN. — Observations de Pratique Chirurgicale.
- CASTET. — Complications urinaires des fibromes de l'utérus. *Th. Bordeaux*, 1906.
- CONDAMIN. — *Lyon Médical*, 1891.
- DESNOS ET MINET. — Traité des maladies des voies urinaires.
- GUYON. — Des tumeurs fibreuses de l'utérus. *Thèse agrégation*, 1860.
- GUYON. — Annales des maladies des organes génitaux et urinaires, 1887.
- FRAYSSE. — De l'anurie au cours des fibromes de l'utérus et des kystes de l'ovaire. *Th. Bordeaux*, 1903-04.
- HARTMANN. — Névralgies vésicales, 1889.
- HUE. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1875.
- IZARD. — Essai anatomique, pathologique et clinique de la région utéro-vésicale. — *Th. Paris*, 1903-04.

- JACOBS. — La vessie irritable chez la femme. — *Policlinique. Bruxelles*, 1896.
- JESSETT. — *British Gynecological Journal*, 1904.
- LANCEREAUX ET BOUSSI. — *Bul. Soc Anatomique*, 1877.
- LE DENTU ET DELBET. — *Traité de Chirurgie*.
- LEGUEU. — *Annales Génito-urinaires*, 1897.
- LEJARS. — *Comptes-rendus de la soc. d'Obst., de Gynéco. et d'Obstétrique*, 1906.
- MONOD. — *Annales de Gynécologie*, 1880.
- MORRIS. — *British Medical Journal London*, 1881.
- PELEANDA. — La mort par fibro-myomes utérus. — *Th. Lyon.*, 1904-1905.
- PERROT. — Contribution à l'étude des fibromes utérins inclus dans le ligament large. *Th. Lyon* 1899-00.
- POURRAT. — Complications urinaires des corps fibreux de l'utérus. — *Th. Paris*, 1884-85.
- POZZI. — *Traité de Gynécologie*.
- POZZI. — *Bulletin Société Chirurgie*, 1889.
- POZZI. — *Presse Médicale*, 1908-30 décembre.
- REVERDIN. — *Annales génito-urinaires*, 1886.
- RICORD. — *Gazette des Hôpitaux*, 1889.
- SCHMITT. — *Médical Record*, 1905.
- TESTUT. — *Traité Anatomie humaine*.
- VÉNOT. — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1907.
- VERGELY. — Influence de l'utérus sur la vessie, en dehors des néoplasmes et de l'état puerpéral. — *Th. Paris*, 1899-1900.
- VINCENT. — *Lyon Médical*, 1896.

PLANCHE I



Fig. 1.

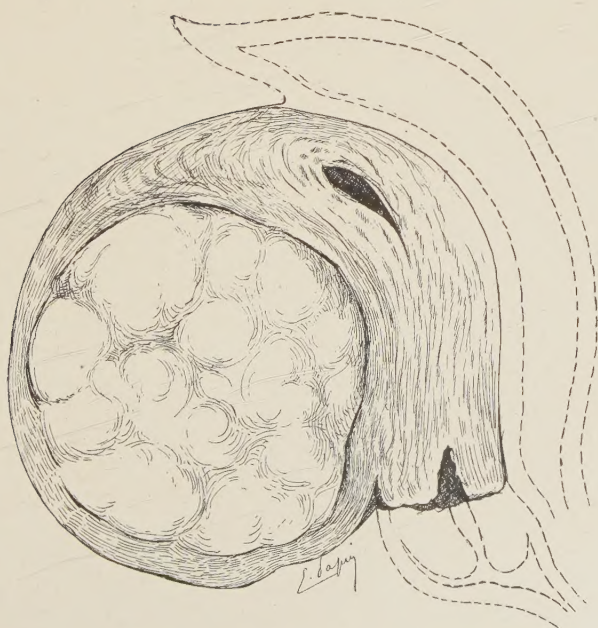


Fig. 2.

PLANCHE II

